

Институт законодательства и сравнительного правоведения  
при Правительстве Российской Федерации

**Научно-практический комментарий  
к Федеральному закону  
от 29.11.2010 № 326-ФЗ**

**«ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ  
МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ  
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

Москва  
2011

УДК 368.4  
ББК 65.272  
Н64

Ответственный редактор  
кандидат юридических наук,  
зав. отделом социального законодательства  
*Путило Н.В.*

Авторский коллектив

*Акопян О.А.* (ст. 6, 7, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30), *Баранков В.Л.* (ст. 48),  
*Бевеликова Н.М.* (ст. 5, 8), *Булаевский Б.А.* (ст. 31, 32),  
*Волкова Н.С.* (ст. 15, 20, 45, 50), *Емельянцеv В.П.* (ст. 12, 13, 14),  
*Еремина О.Ю.* (ст. 40, 49), *Мельник Т.Е.* (11, 17, 19, 46, 51),  
*Павлушкин А.В.* (ст. 52, 53), *Пуляева Е.В.* (10, 16, 43, 44),  
*Путило Н.В.* (ст. 1, 2, 4, 35, 36), *Спектор Е.И.* (ст.21, 22, 33, 34, 38),  
*Цомартова Ф.В.* (ст. 9, 37, 39), *Кирилловых А.А.* (ст. 3, 18, 25, 41, 42, 47)

**Научно-практический комментарий к Федеральному закону  
Н64 от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском стра-  
ховании в Российской Федерации».** — М.: Институт законода-  
тельства и сравнительного правоведения при Правительстве РФ:  
«КОНТРАКТ», 2011. — 560 с.

ISBN 978-5-98209-117-8

Настоящее издание содержит постатейный научно-практический комментарий к Федеральному закону от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», подготовленный специалистами в области конституционного, гражданского, финансового, административного права, законодательства об охране здоровья граждан.

Комментарий подготовлен на основе анализа законодательного и иного нормативного правового материала, с учетом актов международного права и зарубежного опыта регулирования, с использованием правоприменительной практики и судебного толкования положений, общих для Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Закона Российской Федерации от 28 июня 1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

Рекомендуется широкому кругу читателей, включая работников территориальных фондов обязательного медицинского страхования, страховых медицинских организаций, медицинских работников и пациентов, а также всем интересующимся проблемами применения законодательства Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

УДК 368.4  
ББК 65.272

## Сведения об авторах

**Акопян Оганес Арменович** — кандидат юридических наук, старший научный сотрудник отдела бюджетного и налогового законодательства,

**Баранков Владимир Леонидович** — младший научный сотрудник отдела социального законодательства

**Бевеликова Нелли Михайловна** — кандидат юридических наук, и.о. зав. отделом восточноазиатских правовых исследований

**Булаевский Борис Александрович** — кандидат юридических наук, ведущий научный сотрудник отдела гражданского законодательства и процесса

**Волкова Наталья Сергеевна** — кандидат юридических наук, ученый секретарь Института

**Емельянцев Владимир Петрович** — кандидат юридических наук, зав. отделом научных договорных работ

**Еремина Ольга Юрьевна** — младший научный сотрудник отдела социального законодательства

**Кирилловых Андрей Александрович** — соискатель отдела социального законодательства

**Мельник Тимур Евгеньевич** — научный сотрудник отдела социального законодательства

## **Сведения об авторах**

**Павлушкин Алексей Владимирович** — кандидат юридических наук, и.о. зав. отделом мониторинга законодательства

**Пуляева Елена Валерьевна** — кандидат юридических наук, старший научный сотрудник отдела социального законодательства

**Путило Наталья Васильевна** — кандидат юридических наук, зав. отделом социального законодательства

**Спектор Екатерина Ильинична** — кандидат юридических наук, зав. отделом бюджетного и налогового законодательства

**Цомартова Фатима Валерьевна** — младший научный сотрудник отдела социального законодательства

# Содержание

<b>Предисловие</b> .....	15
--------------------------	----

<b>Список используемых сокращений</b> .....	21
---	----

КОММЕНТАРИЙ  
к Федеральному закону  
от 29.11.2010 № 326-ФЗ

«ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ  
МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ  
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

<b>Глава 1. Общие положения</b> .....	25
---------------------------------------	----

<b>Статья 1.</b> Предмет регулирования настоящего Федерального закона .....	25
--	----

<b>Статья 2.</b> Правовые основы обязательного медицинского страхования .....	30
---	----

Содержание

<b>Статья 3.</b> Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе .....	39
<b>Статья 4.</b> Основные принципы осуществления обязательного медицинского страхования .....	52
<b>Глава 2. Полномочия Российской Федерации и субъектов Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования .....</b>	<b>63</b>
<b>Статья 5.</b> Полномочия Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования .....	63
<b>Статья 6.</b> Полномочия Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, переданные для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации .....	120
<b>Статья 7.</b> Права и обязанности уполномоченного федерального органа исполнительной власти и Федерального фонда по осуществлению переданных полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования органами государственной власти субъектов Российской Федерации.....	132

**Статья 8.** Полномочия  
органов государственной власти  
субъектов Российской Федерации  
в сфере обязательного  
медицинского страхования..... 136

**Глава 3. Субъекты обязательного  
медицинского страхования  
и участники обязательного  
медицинского страхования ..... 146**

**Статья 9.** Субъекты обязательного  
медицинского страхования  
и участники обязательного  
медицинского страхования..... 146

**Статья 10.** Застрахованные лица ..... 151

**Статья 11.** Страхователи ..... 162

**Статья 12.** Страховщик..... 169

**Статья 13.** Территориальные фонды ..... 173

**Статья 14.** Страховая медицинская  
организация, осуществляющая  
деятельность в сфере обязательного  
медицинского страхования..... 176

**Статья 15.** Медицинские организации  
в сфере обязательного  
медицинского страхования..... 190

## Содержание

<b>Глава 4. Права и обязанности застрахованных лиц, страхователей, страховых медицинских организаций и медицинских организаций</b> .....	200
<b>Статья 16.</b> Права и обязанности застрахованных лиц .....	200
<b>Статья 17.</b> Права и обязанности страхователей .....	218
<b>Статья 18.</b> Ответственность за нарушение требований регистрации и снятия с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан .....	231
<b>Статья 19.</b> Права и обязанности страховых медицинских организаций .....	239
<b>Статья 20.</b> Права и обязанности медицинских организаций .....	240
<b>Глава 5. Финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования</b> .....	245
<b>Статья 21.</b> Средства обязательного медицинского страхования .....	245



<b>Статья 22.</b> Страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения.....	255
<b>Статья 23.</b> Размер страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения.....	257
<b>Статья 24.</b> Период, порядок и сроки уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.....	261
<b>Статья 25.</b> Ответственность за нарушения в части уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.....	264
<b>Статья 26.</b> Состав бюджета Федерального фонда и бюджетов территориальных фондов.....	269
<b>Статья 27.</b> Субвенции для финансового обеспечения организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации .....	283
<b>Статья 28.</b> Формирование средств страховой медицинской организации и их расходование.....	286
<b>Статья 29.</b> Размещение временно свободных средств Федерального фонда и территориальных фондов.....	290

## Содержание

<b>Статья 30.</b> Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию .....	291
<b>Статья 31.</b> Возмещение расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью .....	293
<b>Статья 32.</b> Оплата расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве .....	303
<b>Глава 6. Правовое положение Федерального фонда и территориального фонда .....</b>	<b>309</b>
<b>Статья 33.</b> Правовое положение, полномочия и органы управления Федерального фонда.....	309
<b>Статья 34.</b> Правовое положение, полномочия и органы управления территориального фонда .....	342
<b>Глава 7. Программы обязательного медицинского страхования .....</b>	<b>373</b>
<b>Статья 35.</b> Базовая программа обязательного медицинского страхования.....	373

**Статья 36.** Территориальная программа  
обязательного медицинского  
страхования ..... 387

**Глава 8. Система договоров  
в сфере обязательного  
медицинского страхования ..... 405**

**Статья 37.** Договоры в сфере обязательного  
медицинского страхования..... 405

**Статья 38.** Договор о финансовом обеспечении  
обязательного медицинского  
страхования ..... 407

**Статья 39.** Договор на оказание и оплату  
медицинской помощи  
по обязательному медицинскому  
страхованию ..... 424

**Глава 9. Контроль объемов, сроков,  
качества и условий предоставления  
медицинской помощи  
по обязательному медицинскому  
страхованию ..... 442**

**Статья 40.** Организация контроля  
объемов, сроков, качества  
и условий предоставления  
медицинской помощи..... 442

## Содержание

**Статья 41.** Порядок применения санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи ..... 458

**Статья 42.** Обжалование заключений страховой медицинской организации по оценке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи..... 466

**Глава 10. Организация персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования ..... 472**

**Статья 43.** Персонифицированный учет в сфере обязательного медицинского страхования..... 472

**Статья 44.** Персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам ..... 481

**Статья 45.** Полис обязательного медицинского страхования..... 489

**Статья 46.** Порядок выдачи полиса обязательного медицинского страхования застрахованному лицу ..... 492

**Статья 47.** Взаимодействие  
 медицинской организации  
 с территориальным фондом  
 и страховой медицинской  
 организацией при ведении  
 персонифицированного учета  
 сведений о медицинской помощи,  
 оказанной застрахованным лицам ..... 496

**Статья 48.** Взаимодействие  
 страховой медицинской организации  
 и территориального фонда  
 при ведении  
 персонифицированного учета  
 сведений о медицинской помощи,  
 оказанной застрахованным лицам ..... 503

**Статья 49.** Взаимодействие  
 территориального органа  
 Пенсионного фонда  
 Российской Федерации, страхователя  
 для неработающих граждан  
 и территориального фонда  
 при ведении  
 персонифицированного учета  
 сведений о застрахованных лицах..... 507

**Глава 11. Заключительные  
 положения ..... 514**

**Статья 50.** Программы модернизации  
 здравоохранения ..... 514

**Статья 51.** Заключительные положения ..... 534

**Содержание**

<b>Статья 52.</b> О признании утратившими силу отдельных законодательных актов (положений законодательных актов) Российской Федерации .....	545
<b>Статья 53.</b> Порядок вступления в силу настоящего Федерального закона .....	550
<b>Список использованных источников</b> .....	557

## Предисловие

В современном мире социальное страхование выступает как важнейшее средство обеспечения прав каждого на социальную защиту, и участие в системе обязательного медицинского страхования означает возможность получения доступа к такому жизненно важному для каждого и дорогостоящему социальному благу, как медицинская помощь в рамках национальной системы здравоохранения. Российская Федерация в силу норм Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах 1966 г. признает не только право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья (ст. 12), но и право на участие в системе социального страхования (ст. 9).

Медицинское обслуживание — важнейшее элементарное благо, доступность которого должна быть обеспечена с помощью всех имеющихся в обществе средств, и государственных механизмов. Ввиду этого наибольшую значимость и эффективность приобретают административные и иные публично-правовые средства регулирования. Это приводит к обязательности участия в страховании и страхователей, и страхуемых, к установлению государством перечня страхуемых рисков, фиксированных ставок отчислений и т.д.

Вступивший в силу с 1 января 2011 г. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страхова-

## Предисловие

нии в Российской Федерации»<sup>1</sup> отменил действовавший почти 20 лет Закон Российской Федерации от 28 июня 1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»<sup>2</sup>.

Переход к системе обязательного медицинского страхования, произошедший в начале 1990-х гг. (ранее, чем в ряде других стран бывшего социалистического лагеря<sup>3</sup>), тем не менее не привел к созданию действенных механизмов обеспечения прав граждан на бесплатное оказание медицинской помощи. Несмотря на то, что с момента принятия Закона РФ «О медицинском страховании в Российской Федерации» в него были внесены многочисленные поправки (по состоянию на 1 января 2010 г. было принято 10 актов с подобными целями), качественно иной, более совершенный уровень регулирования не был достигнут. Лишь разработка нового закона позволила системно и инновационно решить многие проблемы, значительно повысить качество (в том числе и посредством детализации законодательного регулирования жизненно важных для обязательного медицинского страхования институтов) нормативного правового регулирования страховых механизмов обеспечения права граждан на бесплатную медицинскую помощь.

Принятие нового закона об обязательном медицинском страховании можно рассматривать как своеобразный консенсус, достигнутый в дискуссии о судьбе российского здравоохранения вообще и о месте в нем обязательного медицинского страхования в частности. Не производя революционных преобразований в обязательном медицинском страховании, вступивший в силу Федеральный закон, содержит систему мер, направленных на устранение важнейших недостатков ранее действующего закона, выявленных практикой. Речь, прежде всего, идет о территориальной раздробленности системы обязательного медицинского страхования; о существенных различиях в тарифах и платежах за работающее население в различных регионах страны; о про-

---

<sup>1</sup> СЗ РФ. 2010. № 49. Ст. 6422.

<sup>2</sup> Ведомости СНД и ВС РСФСР. 1991. № 27. Ст. 920.

<sup>3</sup> Например, в Венгрии он начался в конце 1990-х гг.



блемах при получении медицинской помощи в медицинских учреждениях, расположенных вне места жительства граждан; о прямых нарушениях права граждан на получение бесплатной медицинской помощи; о декларативности права граждан самостоятельно выбрать медицинскую организацию<sup>4</sup>.

Эволюционный характер изменений правового регулирования обязательного медицинского страхования подтверждается: сохранением ряда важнейших, принципиальных позиций, сохранена природа обязательного медицинского страхования как социального страхования, основанного на принципах солидарности, социальной справедливости, когда обеспеченные несут расходы за малоимущих, а здоровые — за больных, когда участие в обязательном медицинском страховании — это право граждан, которое в отличие от системы коммерческого страхования не может быть поставлено в зависимость от состояния здоровья застрахованного.

Не произошло и отказа от децентрализованной модели обязательного медицинского страхования, которая способна в наибольшей степени сбалансировать интересы, права и обязанности Российской Федерации и субъектов Федерации. Очень важным моментом является то, что единство правового поля обязательного медицинского страхования будет достигаться и за счет общих, единых на всей территории Российской Федерации правил обязательного медицинского страхования. С учетом продолжающегося процесса стандартизации медицинской помощи можно надеяться, что качество оказываемой помощи не будет находиться в столь серьезной зависимости от правовых актов субъектов Российской Федерации, как это имеет место быть сегодня. В идеале названные меры, как и сохранение права на выбор страховой медицинской организации и медицинского учреждения, призваны обеспечить устранение границ между муниципальными образованиями и субъектами Российской Фе-

---

<sup>4</sup> См.: Законодательные аспекты модернизации системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации (по материалам круглого стола, состоявшегося в Государственной Думе Федерального Собрания Российской Федерации 30 июня 2010 г.) Москва // Аналитический вестник. № 15. 2010.

## Предисловие

дерации в части реализации важнейшего из конституционных прав гражданина — права на получение бесплатной медицинской помощи.

История принятия комментируемого Федерального закона являет собой пример успешного сотрудничества двух различных субъектов законодательной инициативы. Внесенный в Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации группой депутатов Государственной Думы (О.Г. Борзова, Н.Ф. Герасименко, А.М. Чухраев, Н.Н. Гончар, В.М. Резник, М.Н. Мищенко, А.К. Исаев, С.К. Яхихажиев) проект был существенным образом усовершенствован ко второму чтению в результате правок Правительства Российской Федерации (поправки касались более 45 из 49 имевшихся к первому чтению статей, по инициативе Правительства Российской Федерации проект был дополнен новой главой: «Полномочия Российской Федерации и субъектов Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования»).

Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», ставя своей целью усиление гарантий прав застрахованных лиц на бесплатное оказание медицинской помощи, закрепляет принципы осуществления обязательного медицинского страхования, определяет субъекты обязательного медицинского страхования и их правовой статус, предусматривает участие в системе обязательного медицинского страхования медицинских организаций любых организационно-правовых форм и любой формы собственности. Особенностью реализации Федерального закона в 2011—2012 гг. является финансовое обеспечение за счет бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования реализации программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Несмотря на важность правовых, технико-юридических новелл нового закона, в конечном итоге его задача состоит в удовлетворении прав и законных интересов граждан. Хотелось бы надеяться, что при выявлении эффективности российской системы здравоохранения результаты общественных соответствовали бы немецкому образцу (90% немцев удовлетворены услугами

обязательного медицинского страхования), а не по американскому (в США — аналогичный опрос дал лишь 10% удовлетворенных, хотя государственные расходы там выше)<sup>5</sup>. Принятие Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и мониторинг его действия позволят вновь вернуться к обсуждению нескольких важнейших перспектив дальнейшего эволюционирования системы обязательного медицинского страхования — лекарственного страхования и соплатежей населения.

Важно, что именно новый Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» послужил причиной ревизии имеющегося правового регулирования весьма специфического института — социальных внебюджетных фондов, о правовой природе которых идут споры как среди представителей частного права, так и среди специалистов в области публичного права. В целях исполнения норм ч. 1 ст. 33 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» надлежит разработать специальный федеральный закон — о государственных социальных фондах.

Подготовленный научно-практический комментарий представляет собой результат научного исследования как нормативных правовых актов, так и практики правоприменительной деятельности, при разъяснении положений Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» выявлены юридическое содержание соответствующих правоположений, их смысл, системные связи с отраслями российского законодательства, проведен сравнительный анализ с актами иностранного законодательства, международными правовыми актами.

Разъяснение положений указанного Федерального закона дается с учетом достижений отечественной юридической науки и судебной практики, содержат практические рекомендации по реализации норм и исходят из признания Федерального закона

---

<sup>5</sup> См.: *Антропов В.В.* Совершенствование системы здравоохранения в Германии // Труд за рубежом. 2008. № 3. С. 89.

## Предисловие

«Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» как базового отраслевого нормативного правового акта, устанавливающего экономические и социальные основы деятельности в области медицинского страхования в Российской Федерации, определяющего основные принципы законодательства в области медицинского страхования.

Предлагаемый вниманию читателей научно-практический комментарий Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» будет способствовать единообразию практики деятельности территориальных фондов, повышению согласованности (скоординированности) совместной деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования, территориальных фондов и органов исполнительной власти федерального и регионального уровней; реализации Минздравсоцразвития России полномочий в сфере обязательного медицинского страхования, реализации органами государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий в сфере охраны здоровья граждан, реализации страховыми организациями, страховщиками и медицинскими организациями возложенных на них задач в сфере обязательного медицинского страхования, использованию гражданами гарантированного нормативными правовыми актами права на бесплатное получение медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

Несомненно, практический опыт применения нового Федерального закона и принятых во исполнение его нормативных правовых актов пока весьма ограничен, однако появление предложенного вниманию читателей научно-практического комментария к Федеральному закону от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» позволит, на наш взгляд, положительным образом повлиять как на полноту и качество регулирования отношений в сфере обязательного медицинского страхования, так и на процесс использования субъектами обязательного медицинского страхования своих прав и исполнения своих обязанностей.

## **Список используемых сокращений**

- ОМС** — обязательное медицинское страхование,
- ФОМС** — Фонд обязательного медицинского страхования,
- ТФОМС** — территориальный фонд обязательного медицинского страхования,
- МО** — медицинские организации,
- СМО** — страховые медицинские организации,
- ГК РФ** — Гражданский кодекс Российской Федерации,
- ТК РФ** — Трудовой кодекс Российской Федерации,
- АПК** — Арбитражный процессуальный кодекс Российской Федерации



**КОММЕНТАРИЙ**  
**к Федеральному закону**  
**от 29.11.2010 № 326-ФЗ**

**«ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ**  
**МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ**  
**В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**





# Глава 1

## Общие положения

### **Статья 1. Предмет регулирования настоящего Федерального закона**

**Настоящий Федеральный закон регулирует отношения, возникающие в связи с осуществлением обязательного медицинского страхования, в том числе определяет правовое положение субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования, основания возникновения их прав и обязанностей, гарантии их реализации, отношения и ответственность, связанные с уплатой страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.**

Комментируемый Федеральный закон относится к числу актов, регулирующих отношения в сфере совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации. Согласно п. «ж» ч. 1 ст. 72 Конституции Российской Федерации в совместном ведении находятся не только координация вопросов здравоохранения, но и социальная защита, включая социальное обеспечение. Тем самым в силу ч. 2 с. 76 Конституции Российской Федерации по предмету совместного ведения издан федеральный закон.

Согласно классификатору правовых актов (Указ Президента РФ от 15.03.2000 № 511 «О классификаторе правовых актов»<sup>6</sup>) Федеральный закон относится к разделу «140.000.000 Здравоохранение. Физическая культура и спорт. Туризм».

В комментируемой статье содержатся предписания, важные для выяснения содержания нормативного правового акта в целом и способствующие тем самым правильному и единообразному пониманию и применению норм, содержащихся в иных статьях закона. Комментируемая статья закрепляет в наиболее общем виде цели и мотивы издания данного Федерального закона и раскрывает исчерпывающим образом предмет правового регулирования всего закона (как это, в частности, следует из ее названия), обособляет ту совокупность общественных отношений, которые не могут быть урегулированы иными актами. Подобная практика характерна для современного этапа законодательного регламентирования и особенно важна для комплексных сложносоставных отношений в социальной сфере, где требуется наиболее четкое установление неких пределов, за которые иные отрасли законодательства не могут вторгаться.

В отличие от ранее действовавшего закона, определявшего наиболее общие вопросы медицинского страхования в самостоятельной статье, комментируемый закон включает легальную дефиницию понятия «обязательное медицинское страхование» в понятийный аппарат закона (см. комментарий к ст. 3). При этом сохранено понимание обязательного медицинского страхования как вида обязательного социального страхования, что позволяет говорить о преемственности в рассмотрении обязательного медицинского страхования как элемента системы социальной защиты.

Механизм страхования сам по себе является одним из инструментов рынка, но социальное страхование существенно отличается от гражданско-правового института страхования. В то же время нельзя не учитывать, что обязательное медицинское страхование как элемент системы социального страхования не может регулироваться на основании иных принципов, нежели те, кото-

---

<sup>6</sup> СЗ РФ. 2000. № 12. Ст. 1260.

рые установлены для системы страхования вообще. Будучи частью гражданского права, страховое право в силу п. «о» ст. 71 Конституции Российской Федерации отнесено к ведению Российской Федерации и, следовательно, не должно регулироваться посредством актов субъектов Российской Федерации. Таким образом, по отношению в связи с собственно страхованием не могут приниматься акты субъектов Российской Федерации.

Обязательное медицинское страхование является частью механизма реализации конституционного права граждан на бесплатную медицинскую помощь (ч. 1 ст. 41 Конституции Российской Федерации), одной из конституционных гарантий бесплатной медицинской помощи<sup>7</sup>. Под гарантиями понимается, как правило, совокупность (система) различных средств, обеспечивающих возможность реализации прав и свобод человека и гражданина. Данная система включает в себя экономические, политические, организационные, социальные и правовые гарантии.

Обязательное медицинское страхование является важным элементом системы социальной защиты населения, которая, посредством использования страховых механизмов, обеспечивает реализацию права граждан России на бесплатную медицинскую помощь. Как прямо предусмотрено ч. 1 ст. 41 Конституции Российской Федерации страховые взносы являются одним из источников средств, обеспечивающих бесплатную для граждан медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

Конституция Российской Федерации собственно конструкцию «обязательное медицинское страхование» не использует. Однако логико-системный анализ конституционных предписаний позволяет, во-первых, исключить из этого механизма добровольное медицинское страхование, во-вторых, прийти к выводу о том, что упомянутое страхование должно быть обязательным, и, в-третьих, быть собственно страхованием, то есть соответствовать признакам страхования как некоего экономико-правового явления (механизма). Классическое страхование представляет собой механизм компенсации индивидуальных

---

<sup>7</sup> Постановление КС РФ от 23.12.1999 №18-П // Российская газета. 2000. № 13.

## Глава 1

потерь, при котором из общего «котла», формируемого за счет страховых взносов, выделяется заранее оговоренная часть для пострадавшего. При этом вполне очевидно, что при прогнозируемом числе страховых случаев размер страховых взносов представляется значительно меньшим по сравнению с размером выплат. Но в ситуациях, когда страховые случаи приобретают массовый характер, а их появление переопределено, классическое страхование для отдельных граждан становится невыгодным, поскольку взносы растут, а размер страховых выплат сокращается.

В системе социального страхования принцип солидарной взаимопомощи приобретает еще большее значение, а размер страховых выплат не ставится в зависимость от размера (а в ряде случаев и от самого факта) страховых взносов. При разных страховых взносах застрахованные получают одинаковый объем страховых выплат (в рассматриваемом случае — медицинской помощи). Возможным это становится вследствие финансового и организационного вмешательства третьего субъекта — государства. Социальное страхование, как правило, затрагивает наиболее значимые для общества как в силу массовости, так и в силу последствий явления (здоровье, способность к труду). Речь идет о господстве публичных интересов в социальном страховании в отличие от частного интереса в классическом страховании. Социальное страхование как обеспеченная государством система мер материального обеспечения граждан предполагает особый порядок формирования финансовых ресурсов, преимущественно с использованием механизмов и институтов публичного права.

Сфера применения Федерального закона традиционно связана с реализацией соответствующих предписаний Конституции Российской Федерации, в частности с тем обстоятельством, что использование механизмом обязательного медицинского страхования при обеспечении бесплатного характера медицинской помощи для граждан распространялось преимущественно на государственные и муниципальные учреждения здравоохранения. И в России, и в зарубежных странах виды оказываемой в рамках обязательного медицинского страхования медицинской помощи устанавливаются посредством нормативных правовых

актов (в значительном количестве случаев — на уровне закона), а не на договорных началах. В зарубежной практике механизм обязательного (государственного) медицинского страхования используется и в частных организациях здравоохранения, в комментируемом законе предусмотрено участие в системе обязательного медицинского страхования медицинских организаций любых организационно-правовых форм и любой формы собственности.

Имеются отличия и в принципах охвата страхованием: в зарубежных странах не только работодатель, но и работник осуществляет уплату страховых взносов, а само обязательное страхование распространяется на всех членов семьи застрахованного: супругов, родителей и детей, дедушек, бабушек, внуков, полнородных и неполнородных братьев и сестер, проживающих с застрахованным и находящихся у него на содержании<sup>8</sup>.

По сравнению с ранее действующим законом произошло сужение предмета правового регулирования, за счет исключения из этой сферы отношений в связи с добровольным медицинским страхованием. В правовой доктрине ранее высказывалась позиция, что в законе о медицинском страховании нет места добровольному медицинскому страхованию при условии различий между добровольным и социальным страхованием, а также наличия общего закона о страховании и норм ГК РФ<sup>9</sup>. Так, например, в Германии при обязательном медицинском страховании все члены семьи застрахованного считаются совместно застрахованными без внесения дополнительных взносов, если доход каждого не превышает 327 евро в старых землях и 322 в новых<sup>10</sup>.

Добровольное медицинское страхование в результате принятия комментируемого Федерального закона не имеет специальной регуляции и подвержено общим правилам, установленным

---

<sup>8</sup> Статья 7 Закона об обязательном медицинском страховании Хорватии.

<sup>9</sup> См.: *Ковалевская Н.С.* Законодательство России по обязательному медицинскому страхованию // *Материалы по обобщению арбитражной практики по делам с участием территориальных фондов обязательного медицинского страхования.* М., 1997. С. 293–294.

<sup>10</sup> См.: *Антропов В.В.* Указ. соч. С. 76.

Гражданским кодексом Российской Федерации, Законом РФ от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

Предмет регулирования комментируемого Федерального закона, таким образом, представляет собой комплексное образование, включающее ту часть отношений по охране здоровья граждан, которые непосредственным образом не связаны с оказанием медицинской помощи, но предваряют ее, организуют ее оказание, следуют за фактом оказания медицинской помощи. Обязательное медицинское страхование является также гарантией оказания медицинской помощи как объекта социальных прав граждан, то есть бесплатного блага, обеспеченного финансовым и организационным участием государства.

## **Статья 2. Правовые основы обязательного медицинского страхования**

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

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

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

**1. В статье раскрывается система нормативных правовых актов в сфере обязательного медицинского страхования. Закрепляя**

правовые основы обязательного медицинского страхования, комментируемый Федеральный закон отошел от использования традиционного приема: выделения статьи о законодательстве в той или иной сфере. Тем самым подчеркнуто: правовое регулирование обязательного медицинского страхования осуществляется как посредством законодательных актов (законодательство об обязательном медицинском страховании), так и посредством массива подзаконных актов.

Под «иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации» следует понимать письменные официальные документы установленной формы, принятые уполномоченными на их издание органами, устанавливающие общеобязательные правила поведения, рассчитанные на многократное применение и распространяющиеся на неограниченный круг лиц, равно как изменяющий, прекращающий или приостанавливающий их действие. К подзаконным нормативным правовым актам относятся: указы Президента Российской Федерации, постановления Правительства Российской Федерации, приказы федеральных органов исполнительной власти (и приравненных к ним в части издания нормативных правовых актов организаций, в частности, Федерального фонда обязательного медицинского страхования). Виды и юридическая сила подзаконных актов, принимаемых субъектами Российской Федерации, определяются в соответствии с нормами Федерального закона от 06.10.1999 № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» конституциями (уставами) и иными актами субъектов Российской Федерации.

Комментируемая статья закрепляет узкий подход к пониманию законодательства, поскольку помимо собственно законодательных актов (к ним относятся федеральные конституционные законы, федеральные законы, законы Российской Федерации, кодексы, основы законодательства Российской Федерации) в состав собственно законодательства акты подзаконного характера не включены. Тем самым достигнуто компромиссное решение: признавая необходимым подзаконное регулирование на феде-

ральном и региональном уровне, законодатель тем не менее отделил этот массив нормативных правовых актов в сфере обязательного медицинского страхования от законодательства об обязательном медицинском страховании

Акты органов местного самоуправления ввиду использования закрытого перечня уровней регулирования (в ч. 1 комментируемой статьи в качестве правотворческих органов названы лишь Российская Федерация и субъекты Российской Федерации) не входят в систему правового регулирования обязательного медицинского страхования постольку, поскольку органы местного самоуправления не входят в систему органов государственной власти ни Российской Федерации, ни субъектов Российской Федерации. В то же время в силу ст. 12, 130–133 Конституции Российской Федерации органы местного самоуправления обладают самостоятельностью в решении вопросов местного значения, включая управление муниципальной собственностью. Невключение актов органов местного самоуправления в систему правового регулирования обязательного медицинского страхования означает, во-первых, что обязательное медицинское страхование не относится к числу вопросов местного значения, а во-вторых, не позволяет органам местного самоуправления принимать нормативные правовые акты, регулирующие отношения, возникающие в связи с осуществлением обязательного медицинского страхования (включая правовое положение субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования, основания возникновения их прав и обязанностей, гарантии их реализации, уплату страховых взносов).

Сужение сферы нормативного правового регулирования органами местного самоуправления проистекает из особого статуса местного самоуправления, хотя не во всех отраслях российского законодательства органы местного самоуправления лишены нормотворческих функций. Так, например, согласно ст. 4 Федерального закона от 04.12.2007 № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» по вопросам деятельности в области физической культуры и спорта принимаются муниципальные правовые акты. В то же время следует отметить, что, полностью исключая муниципальное нормативное правовое ре-



гулирование из сферы обязательного медицинского страхования, комментируемый Федеральный закон ввел специальные ограничения в действие Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, ст. 3 которых допускает возможность участия нормативных правовых актов органов местного самоуправления в регулировании области охраны здоровья.

Ранее действовавший Закон Российской Федерации «О медицинском страховании в Российской Федерации» в ст. 26 предусматривал возможность регулирования отношений в системе обязательного медицинского страхования различными нормативными актами, а ст. 22, в частности, предусматривались нормотворческие полномочия органов местного самоуправления. Им («местным администрациям») предоставлялось право утверждать территориальные программы обязательного медицинского страхования, объем и условия оказания медицинской помощи в которых не могли быть ниже установленных в базовой программе.

Полномочия в сфере обязательного медицинского страхования могут быть закреплены за органами местного самоуправления на основании ч. 2 ст. 132 Конституции Российской Федерации, при этом реализация переданных полномочий должна быть подконтрольна государству, а при наделении органов местного самоуправления отдельными государственными полномочиями должны быть переданы необходимые для их осуществления материальные и финансовые средства.

Настоящий вид комментируемая статья Федерального закона приобрела после внесения в ее версию, подготовленную для первого чтения, поправок Правительства Российской Федерации. В результате Конституция Российской Федерации вынесена за пределы законодательства об обязательном медицинском страховании (формула «основывается» означает, что нормы Конституции Российской Федерации как акта, имеющего высшую юридическую силу, занимающего первое место в иерархии всех нормативных правовых актов Российской Федерации, определяют содержание норм законодательства об обязательном медицинском страховании, но сама Конституция Российской Федерации, будучи вне отраслевой системы Российской Федерации, форми-

рует ее структуру, но не является элементом ни одной из отраслей, а возглавляет собственно конституционное законодательство Российской Федерации).

Заметим, что в ряде действующих в настоящее время законов, например, Законе Российской Федерации от 10.07.1992 № 3266-1 «Об образовании», законодательство Российской Федерации в области образования включает в себя не только Конституцию Российской Федерации, но и подзаконные акты.

Включение в состав законодательства об обязательном медицинском страховании федерального закона, устанавливающего основы социального страхования (Федеральный закон от 16 июля 1999 г. № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования»), внесло новизну в доктринальные споры о соотношении систем социального страхования и обязательно-медицинского страхования. Комментируемый закон дал ясно понять, что обязательное медицинское страхование является важнейшим механизмом обеспечения, права граждан на бесплатную медицинскую помощь и входит в качестве составного элемента как в законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан, так и в законодательство о социальном страховании.

**2.** В части 2 комментируемой статьи закрепляется приоритет международных договоров Российской Федерации над национальным законодательством. Такое соотношение международного и национального права исходит из ч. 4 ст. 15 Конституции Российской Федерации, согласно которой в случае, если международным договором Российской Федерации установлены иные правила, чем предусмотренные законом, то применяются правила международного договора.

Федеральный закон от 15.07.1995 г. № 101-ФЗ «О международных договорах Российской Федерации»<sup>11</sup> под международным договором понимает соглашение, заключенное Российской Федерацией с иностранным государством (или государствами), с международной организацией либо с иным образованием, обладающим правом заключать международные договоры, в пись-

---

<sup>11</sup> СЗ РФ. 17.07.1995. № 29. Ст. 2757.

менной форме и регулируемое международным правом, независимо от того, содержится такое соглашение в одном документе или в нескольких связанных между собой документах, а также независимо от его конкретного наименования.

Для целей обязательного медицинского страхования важное значение имеют международные договоры, ратифицированные Российской Федерацией, в таких сферах, как охрана здоровья граждан и социальное обеспечение. Речь идет о Всеобщей декларации прав человека 1948 г., Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах 1966 г., Европейской социальной хартии<sup>12</sup>, Конвенции МОТ: Конвенция № 157 Международной организации труда «Об установлении международной системы сохранения прав в области социального обеспечения» (Женева, 21 июня 1982 г.), Конвенция № 102 Международной организации труда «О минимальных нормах социального обеспечения» (Женева, 28 июня 1952 г.) и др.

Среди межправительственных соглашений необходимо отметить Соглашение между Правительством РФ и Правительством Республики Беларусь от 24.01.2006 г. «О порядке оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации в учреждениях здравоохранения Республики Беларусь и гражданам Республики Беларусь в учреждениях здравоохранения Российской Федерации»<sup>13</sup>, которым предусмотрено, что граждане Республики Беларусь имеют право на получение медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения Российской Федерации за счет средств обязательного медицинского страхования в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Согласно статье 7 указанного Соглашения граждане Республики Беларусь имеют право на получение медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения Российской Федерации за счет:

---

<sup>12</sup> Федеральный закон от 03.06.2009 № 101-ФЗ «О ратификации Европейской социальной хартии (пересмотренной) от 3 мая 1996 года» // Российская газета. 2009. № 102.

<sup>13</sup> СЗ РФ. 26.05.2008. № 21. Ст. 2395.

средств федерального бюджета Российской Федерации, бюджетов субъектов Российской Федерации, бюджетов муниципальных образований Российской Федерации;

средств обязательного медицинского страхования в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

В связи с изменением налогового законодательства с 1 января 2010 года (Федеральный закон от 24.07.2009 г. № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования»<sup>14</sup>) не подлежат обложению страховыми взносами для плательщиков страховых взносов суммы выплат и иных вознаграждений по трудовым договорам и гражданско-правовым договорам, в том числе по договорам авторского заказа в пользу иностранных граждан и лиц без гражданства, временно пребывающих на территории Российской Федерации.

Право давать разъяснения по применению Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ предоставлено Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации (постановление Правительства Российской Федерации от 14.09.2009 г. № 731 «Об издании разъяснений по единообразному применению Федерального закона «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования»<sup>15</sup>).

Согласно разъяснениям Минздравсоцразвития России от 02.06.2010 г. № 20-3/225679 работающие временно пребывающих на территории Российской Федерации граждане Республики Беларусь имеют право на получение медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения Российской Федерации за счет средств федерального бюджета,

---

<sup>14</sup> СЗ РФ. 27.07.2009. № 30. Ст. 3738.

<sup>15</sup> СЗ РФ. 21.09.2009. № 38. Ст. 4484.

бюджетов субъектов Российской Федерации, бюджетов муниципальных образований.

3. Частью 3 комментируемой статьи предусмотрена возможность издания специальных актов толкования права. Согласно юридической доктрине официальное толкование «формулируется в специальном акте и формально обязательно для определенного круга исполнителей толкуемой нормы, это официальная директива, как правильно понимать конкретную норму»<sup>16</sup>. Поставленная Федеральным законом задача обеспечения единообразного применения норм комментируемого акта может быть достигнута лишь в том случае, если разъяснение будет носить обязательный характер и распространяться на все случаи, предусмотренные толкуемой нормой.

Официальное толкование, даваемое уполномоченным органом, не являющимся одновременно творцом этих норм, классифицируется как легальное нормативное толкование и предполагает наделение конкретных органов разовыми или постоянными полномочиями. Согласно постановлению Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 г. № 1226 «Об издании разъяснений по единообразному применению Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»<sup>17</sup> в целях единообразного применения Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации предоставлено право издавать соответствующие разъяснения. При этом установлено, что эти разъяснения могут издаваться совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования. В части вопросов, относящихся к компетенции Министерства финансов Российской Федерации, эти разъяснения должны быть согласованы с названным федеральным органом исполнительной власти в части вопросов.

Практика наделения министерств полномочиями по даче разъяснений широко используется на уровне актов Правитель-

---

<sup>16</sup> Общая теория права / Под общ. ред. А.С. Пиголкина. М., 1998. С. 290.

<sup>17</sup> СЗ РФ. 10.01.2011. № 2. Ст. 389.

## Глава 1

ства Российской Федерации. Например, согласно постановлению Правительства Российской Федерации от 20.02.2006 № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом»<sup>18</sup> Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации поручено давать разъяснения по вопросам, связанным с применением Правил признания лица инвалидом. Однако закрепление в законах специальных норм о толковании положений этого закона является нетипичным для российского законодательства.

Закрепление права давать разъяснения по комментируемому Федеральному закону за Министерством здравоохранения и социального развития не противоречит уже имеющимся полномочиям данного органа власти. Так, согласно постановлению Правительства РФ от 30.06.2004 № 321 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации»<sup>19</sup> Министерство имеет право давать юридическим и физическим лицам разъяснения по вопросам, отнесенным к установленной сфере деятельности Министерства, в части оказания государственных услуг и управления государственным имуществом.

Как показывает практика, даже при наличии специального постановления и соответствующего полномочия у Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, принимаются акты Правительства Российской Федерации, предписывающие Минздравсоцразвития давать соответствующие разъяснения (например, постановление Правительства РФ от 15.02.2011 № 85 «Об утверждении Правил финансового обеспечения в 2011–2012 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования»<sup>20</sup>).

---

<sup>18</sup> СЗ РФ. 2006. № 9. Ст. 1018.

<sup>19</sup> Российская газета. 08.07.2004. № 144.

<sup>20</sup> СЗ РФ. 2011. № 8. Ст. 1126.

### Статья 3. Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе

Для целей настоящего Федерального закона используются следующие основные понятия:

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

2) объект обязательного медицинского страхования — страховой риск, связанный с возникновением страхового случая;

3) страховой риск — предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи;

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

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

6) страховые взносы на обязательное медицинское страхование — обязательные платежи, которые уплачиваются страхователями, обладают обезличенным характером и целевым назначением которых является обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения;

7) застрахованное лицо — физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с настоящим Федеральным законом;

8) базовая программа обязательного медицинского страхования — составная часть программы государственных гарантий бес-

платного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации медицинской помощи и устанавливающая единые требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования;

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

Комментируемая статья дает определение основным категориям, которые применяются для раскрытия содержания отдельных норм Федерального закона об обязательном медицинском страховании.

**1. Обязательное медицинское страхование.** Страхование означает защиту условий своего существования от возможных неблагоприятных последствий чего-либо. Обязательное медицинское страхование является одним из видов социального страхования наряду с пенсионным страхованием, страхованием от несчастных случаев на производстве и т.п. В справочной литературе дается общее определение социального страхования как экономической категории. Социальное страхование — установленная, контролируемая и гарантированная государством система обеспечения поддержки престарелых, нетрудоспособных за счет государственного страхового фонда, а также коллективных и частных страховых фондов<sup>21</sup>. Страховые механизмы обеспечиваются государством через создание инфраструктуры необходимых инструментов, направленных на решение задач государственной социальной политики.

В общем государственное социальное медицинское страхование является системой гарантированного обеспечения застрахо-

---

<sup>21</sup> См.: Райзберг Б.А., Лозовский Л.Ш., Стародубцева Е.Б. Современный экономический словарь. М., 2006.



ванных лиц пособиями и компенсациями, осуществляемого за счет обязательных страховых взносов, поступающих в соответствии с законодательством.

Следует учесть, что обязательное медицинское страхование как вид социального страхования является частью системы социального обеспечения, организованной государством в интересах застрахованных для обеспечения государственных гарантий преодоления социальных и профессиональных рисков и материального обеспечения лиц, предоставления им медицинской и реабилитационной помощи.

В ряде нормативных актов дается общее определение таких гарантий. В частности, согласно ст. 3 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»<sup>22</sup> обеспечение по страхованию — страховое возмещение вреда, причиненного в результате наступления страхового случая жизни и здоровью застрахованного, в виде денежных сумм, выплачиваемых либо компенсируемых страховщиком застрахованному или лицам, имеющим на это право.

Применительно к медицинскому страхованию соответствующие меры социального обеспечения заключаются в гарантии оказания застрахованным лицам медицинской помощи. Таким образом, наступает обязанность страховщика осуществлять обеспечение по обязательному социальному страхованию. Основанием для страхового обеспечения является страховой случай (см. комментарий к п. 4 настоящей статьи).

Организация предоставления медицинской помощи застрахованным лицам производится за счет средств обязательного медицинского страхования. В соответствии со ст. 3 Федерального закона от 16 июля 1999 г. № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования»<sup>23</sup> средства обязательного социального страхования — денежные средства и имущество, которые находятся в оперативном управлении страховщика конкретных видов обязательного социального страхования.

---

<sup>22</sup> СЗ РФ. 1998. № 31. Ст. 3803.

<sup>23</sup> СЗ РФ. 1999. № 29. Ст. 3686.

Природа соответствующих средств является одинаковой для всех видов социального страхования, что четко прослеживается в некоторых нормативных актах. Например, средства обязательного социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством — это денежные средства, формируемые за счет уплаты страхователями страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, а также имущество, находящееся в оперативном управлении страховщика<sup>24</sup>. Такие денежные средства и имущество страховщика формируют страховой фонд, за счет которого производится страховое обеспечение медицинской помощи. Источники формирования средств обязательного медицинского страхования определены в ст. 21 комментируемого закона.

Медицинская помощь оказывается застрахованным лицам в установленных объемах, определяемых в соответствующих территориальных программах обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования (см. комментарий к п.п. 8–9 настоящей статьи).

**2. Объект обязательного медицинского страхования.** Понятие объекта страхования можно воспринимать традиционно. Объект — это то, на что направлено само страхование. Объектом любого вида страхования, в том числе и обязательного, выступает страховой риск. В системе государственного социального страхования объектом являются социальные (профессиональные) риски, связанные в основном с имущественными интересами застрахованного лица. При этом неотъемлемым элементом объекта страхования выступает страховой случай. Его возникновение выступает главным источником страхового интереса у страхователя (застрахованного лица). Применительно к обязательному медицинскому страхованию таким страховым интересом является страховое обеспечение в виде предоставления необходимой ме-

---

<sup>24</sup> См. п. 4 ст. 1.2 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» // СЗ РФ. 2007. № 1 (1 ч.). Ст. 18.

дицинской помощи либо ее оплаты медицинской организацией (см. комментарий к п. 5 настоящей статьи).

**3. Страховой риск.** Общее определение страхового риска дано ст. 9 Закона Российской Федерации от 27 ноября 1992 г. № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации»<sup>25</sup>, под которым понимается предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Как подчеркивает законодатель, событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления. Аналогичное определение можно обнаружить и в ст. 3 Федерального закона от 16 июля 1999 г. № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования», которая раскрывает понятие социального страхового риска. Социальный страховой риск — предполагаемое событие, при наступлении которого осуществляется обязательное социальное страхование.

Порядок возмещения расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью регулируется ст. 31 комментируемого Федерального закона.

В целом определение страхового риска, которое дается в настоящем законе, созвучно с имеющимися в законодательстве. Единственным отличительным признаком выступает специфичность предполагаемого события, выступающего в качестве социального риска.

Событие, на случай наступления которого производится страхование, включает в себя не только опасность, от последствий которой заключается страхование, на что обращается также и в обобщении судебной практики<sup>26</sup>. Последствия наступления такого события влекут необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи, что непосредственно связано с личностью застрахован-

---

<sup>25</sup> Ведомости СНД и ВС РФ. 1993. № 2. Ст. 56.

<sup>26</sup> См.: Информационное письмо Президиума ВАС РФ от 28 ноября 2003 г. № 75 «Обзор практики рассмотрения споров, связанных с исполнением договоров страхования» // Вестник ВАС РФ. 2004. № 1 (Обзор).

ного (общее заболевание, травма, профилактические мероприятия и т.п.).

**4. Страховой случай.** В соответствии со ст. 3 Федерального закона от 16 июля 1999 г. № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» страховой случай — свершившееся событие, с наступлением которого возникает обязанность страховщика, а в отдельных случаях, установленных федеральными законами, также и страхователей осуществлять обеспечение по обязательному социальному страхованию.

Страховой случай есть событие уже наступившее, совершившееся, в то время как страховой риск — это возможность или вероятность наступления определенного события, что исключает какое-либо их отождествление, а тем более рассмотрение их как совпадающих понятий<sup>27</sup>.

Страховой риск и страховой случай соотносятся не как общее и частное, а как обобщенная и конкретизированная категории<sup>28</sup>.

Страховое событие и его последствия связаны между собой третьим неотъемлемым элементом страхового случая — причинно-следственной связью. Причина — то, что с необходимостью влечет следствие.

Страховой случай в страховании (ст. 929 ГК РФ) имеет сложный юридический состав, который включает три самостоятельных элемента:

- 1) опасное событие;
- 2) имущественный ущерб (убыток), который должен возникнуть у страхователя;
- 3) наличие причинной связи между опасным событием и возникшим ущербом.

Кроме того, каждый из указанных элементов страхового случая характеризуется некоторыми признаками, установленными законом, с помощью которых устанавливается фактическое наличие данных элементов в тех или иных обстоятельствах.

---

<sup>27</sup> См.: *Галаева Л.А.* Страховые риски и страховые случаи как правовые понятия // Трудовое право. 2009. № 7. С. 92–94.

<sup>28</sup> См.: *Ермасов С.В., Ермасов Н.Б.* Страхование. М., 2008. С. 155.

Так, в частности, страховое событие в соответствии со ст. 9 Закона Российской Федерации от 27 ноября 1992 г. № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» характеризуется только двумя признаками: вероятностью и случайностью, обращается внимание на то, что при этом отсутствует признак опасности. Опасность — это само собой разумеющийся признак любого страхового события, иначе событие не будет считаться страховым.

Специфика медицинского страхования заключается в предмете страхового события, которое характеризуется возникновением у застрахованного лица какого-либо заболевания, получения им травмы, проведения для него профилактических мероприятий. Причем законодатель перечень возможных соответствующих событий оставил открытым, ограничившись указанием только на основные юридические факты, такие как заболевание, травма, профилактические мероприятия.

Заболевание — болезнь у отдельного человека, случай болезни; возникновение болезни. Понятия «болезнь» и «заболевание» в узком смысле употребляются как синонимы. Общие закономерности возникновения и развития какой-либо болезни конкретизированы в отдельных заболеваниях<sup>29</sup>.

Профессиональное заболевание согласно ст. 3 Федерального закона от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»<sup>30</sup> — это хроническое или острое заболевание застрахованного, являющееся результатом воздействия на него вредного (вредных) производственного (производственных) фактора (факторов) и повлекшее временную или стойкую утрату им профессиональной трудоспособности.

В Федеральном законе от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»<sup>31</sup> даны некоторые классификационные параметры видов инфекционных заболеваний.

---

<sup>29</sup> Большая медицинская энциклопедия. Т. 8. М., 1978. С. 273.

<sup>30</sup> СЗ РФ. 03.08.1998. № 31. Ст. 3803.

<sup>31</sup> СЗ РФ. 1999. № 14. Ст. 1650.

Инфекционные заболевания — это инфекционные заболевания человека, возникновение и распространение которых обусловлено воздействием на человека биологических факторов среды обитания (возбудителей инфекционных заболеваний) и возможностью передачи болезни от заболевшего человека, животного к здоровому человеку.

Инфекционные заболевания, представляющие опасность для окружающих, — это болезни, характеризующиеся тяжелым течением, высоким уровнем смертности и инвалидности, быстрым распространением среди населения (эпидемия).

Массовые неинфекционные заболевания (отравления) — заболевания, возникновение которых обусловлено воздействием физических, и (или) химических, и (или) социальных факторов среды обитания.

Травма как страховое событие представляет собой телесное повреждение, т.е. нарушение анатомической целостности или физиологических функций органов и тканей человека. Термин «телесные повреждения» относится к уголовно-правовым понятиям, так как в медицине такого понятия нет, а есть термины «повреждение», «травма», что не принципиально<sup>32</sup>. Однако можно термин «телесное повреждение» считать синонимом термина «травма». Травма — воздействие на организм внешних факторов, вызывающих анатомические или физиологические нарушения, общую и местную реакции<sup>33</sup>.

Профилактика с медицинской точки зрения связывается с проведением определенных мероприятий, под которыми понимается организованное действие, направленное на осуществление определенной цели<sup>34</sup>. Цели медицинских профилактических мероприятий заключаются в обнаружении факторов, способных негативно влиять на состояние здоровья человека, в принятии необходимых мер для исключения опасности воз-

---

<sup>32</sup> См.: *Авдеев М.И.* Преступления против личности и уголовно-правовая терминология // Правоведение. 1979. № 2. С. 89.

<sup>33</sup> См.: *Нестеренко Ю.А.* Хирургические болезни. М., 1978. С. 130.

<sup>34</sup> *Словарь русского языка: В 4 т. / Под ред. А.П. Евгеньевой. 2-е изд., испр. и доп. М., 1981.*

никновения и развития у человека соответствующих патологий.

Первичная медико-санитарная помощь включает лечение наиболее распространенных болезней, травм, отравлений и других состояний, требующих неотложной медицинской помощи, медицинскую профилактику заболеваний, осуществление мероприятий по проведению профилактических прививок и профилактических осмотров. К профилактическим мероприятиям относится иммунопрофилактика инфекционных болезней, проводимая в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок, утверждаемым федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения.

Первичная медико-санитарная помощь предоставляется гражданам в медицинских организациях и их соответствующих структурных подразделениях и финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования.

**5. Страхование обеспечения по обязательному медицинскому страхованию.** Страхование обеспечения по обязательному медицинскому страхованию представляет собой, во-первых, исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая; во-вторых, оплату предоставленной помощи медицинской организации.

Следовательно, с одной стороны, страхование обеспечения понимается как деятельность организаций здравоохранения, через сеть которых оказывается медицинская помощь застрахованным лицам, а с другой — как материальные (денежные) ресурсы, которые направляются соответствующей медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь конкретному застрахованному лицу.

Тем самым определяется не только финансовая, но и организационная сторона обязательного медицинского страхования.

Медицинская помощь — комплекс мероприятий (включая медицинские услуги, организационно-технические мероприятия, санитарно-противоэпидемические мероприятия, лекарственное обеспечение и др.), направленных на удовлетворение

## Глава 1

потребностей населения в поддержании и восстановлении здоровья<sup>35</sup>.

В рамках системы обязательного медицинского страхования медицинская помощь застрахованному может оказываться также на территории других субъектов, т.е. вне постоянного места жительства застрахованного лица. Речь идет о межтерриториальной медицинской помощи. Межтерриториальная медицинская помощь — медицинская помощь, оказанная гражданам Российской Федерации за пределами территории страхования (иного-родные граждане), в объеме и на условиях базовой программы обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации<sup>36</sup>.

Медицинская помощь должна предоставляться в установленных объемах. В региональном законодательстве о здравоохранении под объемами медицинской помощи понимаются показатели деятельности медицинских организаций по оказанию лечебно-профилактической, диагностической, лекарственной и другой медицинской помощи населению<sup>37</sup>. Что касается конкретных объемов оказания медицинской помощи на отдельных территориях, то они определяются региональными стандартами медицинской помощи.

Региональные стандарты медицинской помощи — нормативные правовые акты, определяющие гарантированный перечень диагностических и лечебных процедур, подлежащих выполнению при оказании медицинской помощи при соответствующем заболевании, а также требования к результатам лечения, установленные на уровне не ниже федеральных стандартов медицинской помощи, утвержденных федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государствен-

---

<sup>35</sup> См.: Приказ Минздрава РФ от 10 апреля 2001 г. № 113 «О введении в действие классификатора «Простые медицинские услуги».

<sup>36</sup> См: Приказ МОФОМС от 27 марта 2006 г. № 30/1 «О порядке оплаты межтерриториальной медицинской помощи».

<sup>37</sup> См., например, Закон Московской области от 11 ноября 2005 г. № 240/2005-ОЗ (ред. от 23.07.2010 г.) «О здравоохранении в Московской области» (принят постановлением Мособлдумы от 2 ноября 2005 г. № 6/156-П).



ной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения<sup>38</sup>.

#### **6. Страховые взносы на обязательное медицинское страхование.**

Понятие страховых взносов на обязательное медицинское страхование в целом соответствует общему определению, закрепленному в ст. 3 Федерального закона от 16 июля 1999 г. № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования». Согласно предложенному определению, страховой взнос — обязательный платеж на обязательное социальное страхование.

Обезличенность как характерный признак страховых взносов на обязательное медицинское страхование заключается в том, что в отличие от иных видов страхования (например, пенсионного) перечисление денежных средств не носит персонального характера (за конкретное лицо), а означает формирование «общего» денежного фонда, из которого производятся соответствующие выплаты.

Целевое назначение обязательных платежей определяется задачами, на которые соответствующие денежные средства могут быть направлены. Законодатель строго установил, что целевым назначением обязательных платежей является обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения. Одновременно это означает запрет на использование указанных финансовых ресурсов на иные, отличные от указанных выше, цели.

В рамках обязательного медицинского страхования обязательные платежи уплачивают страхователи. В соответствии со ст. 5 Закона Российской Федерации от 27 ноября 1992 г. № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» страхователями признаются юридические лица и дееспособные физические лица, заключившие со страховщиками договоры страхования либо являющиеся страхователями в силу закона.

Для целей комментируемого закона в ст. 11 определены категории страхователей, обязанных производить обязательное медицинское страхование (см. комментарий к ст. 11).

---

<sup>38</sup> См., например, Закон Московской области от 11 ноября 2005 г. № 240/2005-ОЗ (ред. от 23.07.2010 г.) «О здравоохранении в Московской области» (принят постановлением Мособлдумы от 2 ноября 2005 г. № 6/156-П).

**7. Застрахованное лицо.** Понятие «застрахованное лицо» в целях применения комментируемого Федерального закона имеет отсылочную конструкцию, поскольку предлагает для установления перечня застрахованных обращаться к нормам комментируемого закона.

Следует учесть, что физическое лицо — это конкретный индивид, обладающий определенным объемом правосубъектности. Комментируемый Федеральный закон определяет, что застрахованные лица являются субъектами отношений по обязательному медицинскому страхованию (см. комментарий к ст. 6).

Застрахованные лица — граждане Российской Федерации, а также иностранные граждане и лица без гражданства, работающие по трудовым договорам, лица, самостоятельно обеспечивающие себя работой, или иные категории граждан, у которых отношения по обязательному социальному страхованию возникают в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования.

К категории застрахованных лиц отнесены также беженцы, вынужденные переселенцы, получившие статус беженцев (см. комментарий к ст. 10).

**8. Базовая программа обязательного медицинского страхования.** Законодатель установил, что базовая программа обязательного медицинского страхования является составной частью программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Программы государственных гарантий принимаются ежегодно Правительством Российской Федерации.

Так, оплата медицинской помощи в рамках базовой программы предусмотрена Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год<sup>39</sup> за счет средств обязательного медицинского страхования. В частности, за счет средств обязательного медицинского страхования осуществляется:

---

<sup>39</sup> Постановление Правительства РФ от 4 октября 2010 г. № 782 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год» // СЗ РФ. 2010. № 41 (2 ч.). Ст. 5239.

- 1) первичная медико-санитарная помощь;
- 2) специализированная (за исключением высокотехнологичной) медицинская помощь;
- 3) обеспечение необходимыми лекарственными препаратами.

Базовая программа обязательного медицинского страхования действует на всей территории Российской Федерации.

Гарантии бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не могут отличаться в зависимости от территории и должны в равной степени обеспечиваться региональными органами исполнительной власти.

**9. Территориальная программа обязательного медицинского страхования.** Территориальная программа обязательного медицинского страхования является составной частью Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, разрабатываемой и утверждаемой в субъекте Российской Федерации в установленном Правительством Российской Федерации порядке.

Территориальная программа определяет права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта РФ и соответствует единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования.

Кроме того, территориальная программа содержит перечень видов и объемов медицинской помощи, финансируемых за счет средств обязательного медицинского страхования, перечень медицинских учреждений, работающих в системе обязательного медицинского страхования, условия и порядок предоставления медицинской помощи в них. К территориальным программам обязательного медицинского страхования устанавливаются единые требования.

В соответствии с п. 65 приказа Минздравсоцразвития РФ от 28 февраля 2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»<sup>40</sup> страховые медицинские организации обязаны ознакомить застрахованных лиц, получающих полис обязательного медицинского страхования, с территориаль-

---

<sup>40</sup> См.: Приказ Минздравсоцразвития РФ от 28 февраля 2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» // [www.ffoms.ru](http://www.ffoms.ru)

ной программой обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации.

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с Программой разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи (включая территориальные программы обязательного медицинского страхования).

Орган государственной власти субъекта Российской Федерации вправе за счет доходов бюджета субъекта Российской Федерации, бюджетов муниципальных образований и бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования при условии финансового обеспечения территориальной программы с учетом предусмотренных Программой соответствующих нормативов:

- определять в территориальной программе дополнительные условия и объемы оказания медицинской помощи;
- включать в территориальную программу обязательного медицинского страхования (с обязательным перераспределением необходимых финансовых средств) виды и объемы медицинской помощи, финансирование которых в соответствии с Программой осуществляется за счет бюджетных ассигнований субъектов Российской Федерации и муниципальных образований.

### **Статья 4. Основные принципы осуществления обязательного медицинского страхования**

Основными принципами осуществления обязательного медицинского страхования являются:

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

2) устойчивость финансовой системы обязательного медицинского страхования, обеспечиваемая на основе эквивалентности

страхового обеспечения средствами обязательного медицинского страхования;

3) обязательность уплаты страхователями страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размерах, установленных федеральными законами;

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

5) создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования;

б) паритетность представительства субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования в органах управления обязательного медицинского страхования.

1. Комментируемая статья посвящена определению принципов осуществления обязательного медицинского страхования, т.е. отправных начал, на которых основываются как правовые нормы, регламентирующие соответствующие отношения, так и субъекты и участники системы обязательного медицинского страхования в своей деятельности. В ранее действовавшем законе подобные нормы отсутствовали.

Закрепление в законе принципов способствует не только установлению общей направленности регулирования, сохранению преемственности регулирования в последующем, но и правильному толкованию правовых норм, особенно в случаях выявления пробелов и противоречий.

Перечисленные принципы соединяют в себе начала как законодательства об охране здоровья граждан, так и законодательства о страховании. В соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан основными принципами охраны здоровья граждан являются: 1) соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий; 2) приоритет профилактических мер в об-

## Глава 1

ласти охраны здоровья граждан; 3) доступность медико-социальной помощи; 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья; 5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.

Однако комментируемый Федеральный закон в большей степени воспринял принципы законодательства об обязательном социальном страховании. Федеральный закон от 16.07.1999 № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» среди принципов осуществления обязательного социального страхования называет: устойчивость финансовой системы обязательного социального страхования, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам обязательного социального страхования; всеобщий обязательный характер социального страхования, доступность для застрахованных лиц реализации своих социальных гарантий; государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на защиту от социальных страховых рисков и исполнение обязательств по обязательному социальному страхованию независимо от финансового положения страховщика; государственное регулирование системы обязательного социального страхования; паритетность участия представителей субъектов обязательного социального страхования в органах управления системы обязательного социального страхования; обязательность уплаты страхователями страховых взносов; ответственность за целевое использование средств обязательного социального страхования; обеспечение надзора и общественного контроля; автономность финансовой системы обязательного социального страхования.

Невключение тех или иных принципов социального страхования или принципов охраны здоровья граждан в перечень, содержащийся в комментируемой статье, не означает, что применительно к системе обязательного медицинского страхования они не действуют. В силу прямого указания ст. 2 комментируемого Федерального закона принципы Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и Феде-

рального закона «Об основах обязательного социального страхования» актуальны и для обязательного медицинского страхования.

Для действующего законодательства характерно формулирование в законах как принципов построения того или иного законодательного массива, так и принципов государственной политики в той или иной сфере. В комментируемом Федеральном законе законодатель ушел от определения принципов, на которых должна быть построена система законодательства, а принципы осуществления обязательного медицинского страхования в большей степени соответствуют принципам государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования. На наш взгляд, государственная политика в какой-либо сфере — понятие более широкое, чем соответствующее законодательство, поскольку включает в себя не только нормативно-правовое регулирование, но и финансовые составляющие, экономические регуляторы, организационные основы.

2. В первом из перечисленных в комментируемой статье принципов отражена цель обязательного медицинского страхования — финансово обеспечивать гарантированное гражданам бесплатное получение медицинской помощи. При этом очерчиваются рамки того объема бесплатной медицинской помощи, который обеспечивается средствами обязательного медицинского страхования: заранее оговоренные в программах обязательного медицинского страхования страховые случаи.

*Принцип устойчивости финансовой системы обязательного медицинского страхования аналогичен принципу устойчивости системы социального страхования.* В обоих случаях законодатель исходит из того, что лишь объем бесплатно оказываемой помощи (обеспечения) не может быть производным, он должен быть эквивалентен тем средствам, которые аккумулированы в страховых фондах. В то же время ст. 24 Федерального закона от 16.07.1999 № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» закреплены государственные гарантии устойчивости финансовой системы обязательного социального страхования. Суть этих гарантий применительно к обязательного медицинского страхования состоит в следующем: в случае нехватки в финансовой

системе оплаты медицинской помощи Правительство Российской Федерации должно предусмотреть межбюджетные трансферты из федерального бюджета в размерах, позволяющих обеспечить установленное комментируемым Федеральным законом страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию. При этом следует учитывать, что вместо «выплат по обязательному социальному страхованию», о которых говорится в Федеральном законе от 16.07.1999 № 165-ФЗ, применительно к обязательному медицинскому страхованию речь идет о гарантированном объеме и видах медицинской помощи, получаемой гражданином посредством финансирования из средств обязательного медицинского страхования.

С принципом эквивалентности страхового обеспечения средствам обязательного страхования связан *принцип обязательности уплаты страхователями страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размерах, установленных федеральными законами*. По сути, этот принцип можно рассматривать как конкретизацию в системе обязательного медицинского страхования принципа законности. Уплата страховых взносов — это одна из множества законно установленных обязанностей, исполнение которых обеспечивается разнообразными средствами государственного принуждения.

*Принцип государственного гарантирования соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию* в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования независимо от финансового положения страховщика касается ситуаций, когда страховщик по определенным причинам не исполняет (или исполняет в недостаточном объеме) свои финансовые обязательства. Страховщиком по обязательному медицинскому страхованию является Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. Статьей 21 комментируемого Федерального закона предусмотрено участие средств федерального бюджета в части компенсации выпадающих доходов в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование, а также средств бюджетов субъектов Российской Федерации, передаваемых в бюджеты территориальных фондов в



соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации.

Пониженные тарифы страховых взносов для отдельных категорий плательщиков страховых взносов в переходный период 2011–2019 гг. установлены ч. 3 ст. 58 Федерального закона от 24.07.2009 № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования».

Государственное дотирование социального страхования — это предпосылка финансовой устойчивости этого типа (вида) страхования. Игнорирование данного обстоятельства приводит к неэффективности модели социального страхования, поскольку оно построено не на рыночных принципах.

*Принцип создания условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи*, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования, предполагает целую систему действий государства и иных субъектов, причем значительная часть этих действий не сводится к системе обязательного медицинского страхования. Применительно к категории «доступность» следует указать, что и международное право, и российское законодательство исходят из признания того, что существуют отдельные группы населения, которым нельзя отказать в пользовании определенными услугами, более того, задача государств — обеспечить обязательный доступ к ним. Существуют и такие социальные блага, которые должны быть доступны для всех, например, медицинская помощь. Можно выделить несколько параметров доступности услуг в области здравоохранения.

Географическая доступность обозначает, что каждый человек может обратиться к врачу в пределах границ своего населенного пункта либо в течение разумного времени передвижения до медицинского учреждения с учетом доступных транспортных средств. Во многих нормативных актах речь идет именно о транспортной доступности, хотя, по нашему мнению, транспортная доступность — понятие более узкое, чем географическая доступность.

Существует множество различных способов организации процесса предоставления медицинских услуг. В одних странах предпочтение отдается небольшому числу очень крупных учреждений, в других — мелким учреждениям, более плотно распределенным по территории государства. Государство само выбирает оптимальную модель с учетом географических<sup>41</sup>, экономических, социальных и иных особенностей, поскольку однозначно четкой зависимости между размером медицинских учреждений, плотностью их распределения по территории и эффективностью деятельности пока не выявлено. Однако для граждан важно, чтобы лечебно-профилактические учреждения (особенно скорой и первичной помощи) располагались как можно ближе к месту жительства тех, кого они призваны обслуживать.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 19 октября 1999 г. № 1683-р<sup>42</sup> субъектам Российской Федерации рекомендовано использовать Методику определения нормативной потребности субъектов Российской Федерации в объектах социальной инфраструктуры. Данные методические рекомендации исходят из признания несоответствия существующей сети учреждений социально-культурной сферы и объема оказываемых ими услуг потребностям населения, а также сокращения числа учреждений социально-культурной сферы. Методика определения нормативной потребности субъектов Российской Федерации в объектах здравоохранения в отличие от аналогичной методики в области образования не устанавливает параметров географической доступности (например, радиус обслуживания дошкольных учреждений составляет от 300 метров в городе, до 500 метров — в сельской области, для иных учреждений образования в расчет берется соотношение между числом обучающихся и численностью жителей) медицинских учреждений. Исходя из уровней обслуживания, где за единицу отсчета при-

---

<sup>41</sup> Особенности территории Российской Федерации таковы, что санитарная авиация — подчас единственная надежда жителей отдаленных местностей (или мегаполисов с затрудненным движением) получить скорую медицинскую помощь.

<sup>42</sup> СЗ РФ. 1999. № 43. Ст. 5264.

нимается отделение на 25 коек для стационара или врачебная должность для амбулатории, а также иерархичности и ступенчатости оказания медицинской помощи, методика помогает рассчитать потребность в госпитализации, но не доступность медицинской помощи.

Экономическая доступность подразумевает, что человек может оплатить необходимое ему лечение и приобретение лекарств, а те, у кого нет достаточных средств, получают необходимую материальную поддержку от государства. Что касается экономической доступности бесплатных для граждан медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, то сам бесплатный характер оказания этой помощи — есть гарантия ее доступности для всех граждан, независимо от доходов, пола, возраста и иных характеристик.

Решение о том, будет ли система охраны здоровья частной, государственной или смешанной (в большинстве стран наблюдается приблизительно равное соотношение между частной и государственной), зависит от государства. Ни одно международное соглашение не обязывает государство создавать разветвленную структуру государственных медицинских учреждений с целью обеспечения равного доступа людей к службам здравоохранения. В то же время для обеспечения равного доступа к службам охраны здоровья, по мнению ряда зарубежных исследователей, принципиально существование специального министерства.

Культурная доступность услуг системы здравоохранения означает, что политика в области здравоохранения должна проводиться таким образом, чтобы уважались культурные традиции людей. В отдельных случаях необходима целенаправленная деятельность государственных органов по изменению сложившихся стереотипов, негативно сказывающихся на здоровье граждан. Одним из элементов, определяющих данный аспект доступности услуг, является языковая доступность. В Российской Федерации существует достаточная нормативная база, гарантирующая возможность получения публичных услуг для всех граждан, независимо от того языка, на котором они говорят.

О том, как взаимосвязаны между собой культурный уровень каждого гражданина в отдельности и всего общества в целом, может свидетельствовать такой факт: по мнению специалистов, потребность населения в психологических услугах близка к 100%. Но при такой потребности рынок психологических услуг пока не сформирован. Одной из причин подобной ситуации можно считать негативное отношение в обществе к подобного рода услугам, воспользоваться которыми до сих пор стыдно<sup>43</sup>. Культурный аспект доступности медицинских услуг связан и с таким, казалось бы, субъективным фактором, как пол врача. Имеются зарубежные исследования, показывающие, что при получении определенных групп медицинских услуг пациенты предпочитают обращаться к медицинским работникам одного с ними пола<sup>44</sup>.

Организационные аспекты доступности медицинских услуг связаны со трактовкой ст. 11 Европейской социальной хартии, согласно которой государство должно создать надлежащую и общедоступную государственную систему охраны здоровья, позволяющую оказывать необходимую медицинскую помощь всему населению и обеспечивающую профилактику и диагностику болезней и т.д.<sup>45</sup> Значительное количество полномочий по организации медицинской помощи возложено на органы исполнительной власти федерального и регионального уровня, органы местного самоуправления. Примером деятельности в части организации доступности и качества медицинской помощи можно считать проводимые в период 2011–2012 гг. региональные программы модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и программы модернизации федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь (см. комментарий к ст. 50).

---

<sup>43</sup> Российская газета от 1 ноября 2005 г.

<sup>44</sup> См. об этом в кн.: *Фигерас Ж., Макки М., Моссиалос Э., Солтман Р.Б.* Реформа больниц в новой Европе М., 2002. С. 123–125.

<sup>45</sup> См.: *Гомьен Д., Харрис Д., Зваак Л.* Европейская конвенция о правах человека и Европейская социальная хартия: право и практика. М., 1998. С. 516.

Социальная доступность медицинских услуг как особый аспект доступности может быть выделен исходя из социальной стратификации общества и признания особенностей физических возможностей каждой их общественных групп воспользоваться медицинскими и связанными с ними услугами. Речь идет о том, что ряд категорий граждан (например, лица пожилого возраста, дети, заключенные) могут воспользоваться медицинскими услугами либо при помощи иных лиц или служб, либо в особых условиях.

*Принцип паритетности представительства субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования в органах управления обязательного медицинского страхования* касается организации управления системы обязательного медицинского страхования. Принцип реализован в ряде статей комментируемого закона. Согласно ст. 33 правление Федерального фонда является коллегиальным органом, определяющим основные направления деятельности Федерального фонда и осуществляющим текущий контроль за его деятельностью. В состав правления Федерального фонда входят 11 человек. В состав правления Федерального фонда могут входить представители федеральных органов законодательной и исполнительной власти, общероссийских объединений работодателей, общероссийских объединений профсоюзов и иных общественных объединений. При включении в состав правления Федерального фонда представителей общероссийских объединений работодателей и общероссийских объединений профсоюзов они входят в состав правления Федерального фонда на паритетных началах.

Для разработки проекта территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации создается комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, в состав которой входят представители органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориального фонда,

## **Глава 1**

страховых медицинских организаций и медицинских организаций, представителей профессиональных союзов или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации, на паритетных началах (ст. 36).

## **Глава 2**

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

### **Статья 5. Полномочия Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования**

**К полномочиям Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования относятся:**

- 1) разработка и реализация государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования;**
- 2) организация обязательного медицинского страхования на территории Российской Федерации;**
- 3) установление круга лиц, подлежащих обязательному медицинскому страхованию;**
- 4) установление тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование и порядка взимания страховых взносов на обязательное медицинское страхование;**
- 5) утверждение базовой программы обязательного медицинского страхования и единых требований к территориальным программам обязательного медицинского страхования;**

6) установление порядка распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования;

7) установление ответственности субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования за нарушение законодательства об обязательном медицинском страховании;

8) организация управления средствами обязательного медицинского страхования;

9) определение общих принципов организации информационных систем и информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, ведения персонализированного учета сведений о застрахованных лицах и персонализированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;

10) установление системы защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования.

### **1. Разработка и реализация государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования.**

За все время существования системы обязательного медицинского страхования возникало и разрешалось огромное количество различных вопросов правового характера, однако именно на этом этапе появилась проблема правового обеспечения проводимых глобальных реформ в сфере здравоохранения. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 № 1662-р, предусматривает, что система здравоохранения пока еще не обеспечивает достаточность государственных гарантий медицинской помощи, ее доступность и высокое качество.

В Российской Федерации исполнение публичных обязательств государства по оказанию бесплатной медицинской помощи будет обеспечиваться, главным образом, значительным повышением государственных расходов на здравоохранение. Но и на современном этапе доля финансирования здравоохранения высока — в валовом внутреннем продукте она составила в 2008 г.



2,8%, а до 2020 г. предусмотрено увеличить долю государственных расходов на систему здравоохранения в валовом внутреннем продукте с 3,6% до не менее 5,2–5,5%. С увеличением в 2011 г. зачисления в доход бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования страховых взносов работодателей по ставке с 1,1% до 3,1% стоимость программы обязательного медицинского страхования составит 840,6 млрд руб.

Расходы на здравоохранение на конец 2009 г. в США составили 17,6% ВВП США. Реформа медицинского страхования в США обойдется, как планируется, в 900 млрд долл. за десять лет, при этом она не повлечет за собой увеличение дефицита федерального бюджета, поскольку две трети финансирования указанной реформы должна осуществляться за счет экономии сотен миллиардов долларов, расходуемых неэффективно или нецелесообразно, оставшаяся треть ее финансирования будет осуществляться за счет дополнительного налогообложения лиц с высокими доходами. Средства, собранные из налогов на лиц с крупными доходами и фирм-производителей медицинского оборудования пойдут на медобслуживание неимущих и малоимущих американцев.

В Китайской Народной Республике в 2009 г. были обнародованы Соображения ЦК КПК и Госсовета КНР «Об углублении реформы системы здравоохранения» и Проект реализации в 2009–2011 г. ключевых программ в области здравоохранения, согласно которому проблемы обязательного медицинского страхования должны решаться центральным руководством. Во исполнение указанных решений в ближайшие три года китайское правительство вложит дополнительно 850 миллиардов юаней для ускорения реформы здравоохранения, которая коснется и медицинского страхования.

Основной целью государственной политики в области здравоохранения на период до 2020 г. является формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение ее эффективности посредством перехода на одноканальную модель финансирования медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, включая законодательное закрепление доходных источников и расходных

## Глава 2

обязательств; введение страховых взносов на обязательное медицинское страхование по единому тарифу для всех работодателей и индивидуальных предпринимателей; введение предельного размера годового заработка, на который начисляются страховые взносы; установление единых требований к определению размера взносов субъектов Российской Федерации на обязательное медицинское страхование неработающего населения; создание эффективной системы выравнивания финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи на основе минимального подушевого норматива территориальной программы государственных гарантий; повышение ответственности страховых медицинских организаций при введении одноканальной модели финансирования организаций системы здравоохранения, участвующих в обязательном медицинском страховании; поэтапный переход к эффективным способам оплаты медицинской помощи на основе обоснованных тарифов в зависимости от качества ее оказания и объемов; создание системы управления качеством медицинской помощи; формирование конкурентной модели обязательного медицинского страхования с созданием условий для выбора застрахованным страховщика и медицинской организации, а также обеспечение населения доступной информацией о деятельности страховщиков и медицинских организаций; создание условий для участия медицинских организаций различных организационно-правовых форм в обязательном медицинском страховании.

В качестве важнейшей задачи Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года предусматривает модернизацию системы обязательного медицинского страхования, поскольку действующая система обязательного медицинского страхования в нашей стране сложилась почти два десятилетия назад. На 1 января 2010 г. в указанной системе осуществляли деятельность Федеральный фонд и 84 территориальных фонда обязательного медицинского страхования, 107 страховых медицинских организаций и 246 филиалов страховых медицинских организаций, 8142 самостоятельные медицинские организации.

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

Рассматривая обеспечение сферой обязательного медицинского страхования социальных гарантий населению, следует отметить, что обязательное медицинское страхование обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования, в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования. Но поскольку виды и объемы помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования, меньше (40%) по сравнению с видами и объемами всей бесплатной медицинской помощи, включая финансируемые из бюджета, то система обязательного медицинского страхования и не могла изначально претендовать на гарантированность бесплатности всей медицинской помощи.

Как видно, сейчас перспективы развития здравоохранения в стране очень тесно связываются с обязательным медицинским страхованием, в рамках которого перераспределяются значительные финансовые средства. Следует отметить, что механизм сбора средств на цели обязательного медицинского страхования долгое время был вовсе не таким, каким планировался в первоначальном варианте при введении системы обязательного медицинского страхования, когда предполагалось закрепить функцию сбора средств за страховыми организациями, которые должны были напрямую получать средства от организаций-страхователей. В более позднем, уже реально внедренном варианте появились фонды обязательного медицинского страхования, на которые и были возложены функции сбора страховых взносов на обязатель-

ное медицинское страхование. Замену налогового характера сбора средств для здравоохранения на более эффективный способ сбора страховых взносов (в рамках перехода от бюджетного финансирования к страховому) принято было относить к одному из достоинств обязательного медицинского страхования. Действительно, фонды обязательного медицинского страхования, принципиально заинтересованные в увеличении финансовых поступлений, проявляли достаточно большую активность в получении средств от должников. В дальнейшем данная функция перешла к налоговым органам, и согласно Налоговому кодексу Российской Федерации взносы на обязательное медицинское страхование относились не к страховым взносам, а к налогам и входили в состав единого социального налога. Порядок их начисления и сборов регламентировался гл. 24 Налогового кодекса Российской Федерации, сейчас утратившей силу. Соответственно сбором страховых взносов стали заниматься налоговые органы.

Преобразование страховых взносов в налоги и передача функции сбора страховых взносов от фондов обязательного медицинского страхования к налоговым органам вызвали немало споров. Была очевидна тенденция к централизации власти, т.к. в соответствии со ст. 13 Налогового кодекса Российской Федерации ЕСН относился к федеральным налогам и сборам, к устранению страховых принципов. Последствия подобных реформ были неоднозначны, т.к. с одной стороны, у налоговых органов, для которых удельный вес взносов в обязательное медицинское страхование в общей сумме налогов был незначителен, не возникало предпосылок серьезно заниматься неплательщиками. При этом следует отметить, что если в свое время на фонды обязательного медицинского страхования были возложены некоторые функции налоговых органов, в частности обязанности по налоговому контролю (ст. 30 и ст. 34.1 Налогового кодекса Российской Федерации), то в дальнейшем эти функции были упразднены. С другой стороны, реальных рычагов влияния на должников у налоговых органов было намного больше.

В соответствии с действующей редакцией Федерального закона от 24.07.2009 № 212-ФЗ (в ред. от 28.12.2010) «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд со-

циального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования»<sup>46</sup> контроль за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование, уплачиваемых в фонды обязательного медицинского страхования, осуществляют Пенсионный фонд Российской Федерации и его территориальные органы.

## **2. Организация обязательного медицинского страхования на территории Российской Федерации.**

Одним из направлений структурной реформы в сфере здравоохранения является совершенствование правового регулирования вопросов обязательного медицинского страхования. В целях реализации этого направления был принят комментируемый Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», более всего направленный на усиление гарантий прав застрахованных лиц на бесплатное оказание медицинской помощи. Законодательно заложена база для перехода на преимущественно одноканальное финансирование расходов на медицинскую помощь через систему обязательного медицинского страхования, включая единые правила начисления и уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, законодательное установление размера тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения на федеральном уровне; увеличение финансирования системы обязательного медицинского страхования за счет увеличения для работодателей тарифной ставки страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающих граждан с 3,1 до 5,1%.

В указанном Федеральном законе отражены: механизм реализации права граждан на выбор страховой медицинской организации; закрепление права гражданина на получение медицинской помощи в любой медицинской организации, работающей в системе обязательного медицинского страхования; страховой медицинский полис единого образца, не требующий замены при сме-

---

<sup>46</sup> СЗ РФ. 2009. № 30. Ст. 3738.

не страховой медицинской организации и действующий на всей территории Российской Федерации; организация единого информационного пространства в рамках системы обязательного медицинского страхования на основе введения персонифицированного учета.

На всей территории Российской Федерации установлен уведомительный характер включения в систему обязательного медицинского страхования как страховых медицинских организаций, так и медицинских организаций; равноправное участие в обязательном медицинском страховании медицинских организаций любых форм собственности. Определена система экономических мер, направленных на мотивацию страховых медицинских организаций осуществлять контроль качества медицинской помощи, обеспечивать реализацию прав застрахованных лиц; закрепление права застрахованного лица на возмещение от страховой медицинской организации и медицинской организации ущерба, причиненного в связи с неисполнением либо ненадлежащим исполнением страховой медицинской организацией и медицинской организацией обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

В целях улучшения качества и обеспечения доступности медицинской помощи населению, выравнивания условий оказания медицинской помощи в субъектах Российской Федерации реализуются программы модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации на 2011–2012 г. Финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации будет осуществляться за счет доходов, поступающих в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования от средств страховых взносов в размере 2% пункта.

Можно отметить, что в Германии Социальный кодекс устанавливает, что фонд для осуществления выплат в случае болезни формируется за счет взносов застрахованных и иных поступлений. Размер процента от дохода застрахованного, исходя из которого определяется сумма отчислений, установлен постановлением об установлении размера взноса при обязательном

медицинском страховании от 29.10.2008 и составляет 15,5% (7,3% перечисляет работодатель, 7,3% — застрахованный, 0,9% составляет страховой взнос). Полученные средства направляются в Фонд здравоохранения, из которого в дальнейшем денежные средства поступают в больничные кассы для оплаты расходов, связанных с лечением. В том случае, если финансовые затраты больничной кассы не покрываются средствами Фонда здравоохранения, больничная касса в своем уставе может установить обязанность своих членов вносить дополнительный взнос, размер которого не может быть более 1% от доходов застрахованного. Часть расходов Фонда здравоохранения обеспечивается за счет федерального бюджета. Так, на покрытие части расходов больничных касс за 2007 и 2008 г. в соответствии с Социальным кодексом должно было быть выделено 2,5 млрд евро.

В Российской Федерации 2011–2012 годах планируется направление в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования предусмотренных в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2011 и 2012 г. средств в размере 460 млрд руб. на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и программ модернизации федеральных государственных учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь. Минздравсоцразвития России разработана и направлена в субъекты Российской Федерации примерная программа модернизации здравоохранения субъекта Российской Федерации на 2011–2012 г., которая содержит цели, задачи, основные мероприятия, показатели и индикаторы реализации программы модернизации здравоохранения субъекта Российской Федерации на 2011–2012 г. Основными задачами программы модернизации субъекта Российской Федерации на 2011–2012 г. являются укрепление материально-технической базы медицинских учреждений, внедрение в здравоохранение современных информационных систем и стандартов оказания медицинской помощи.

Выполнение поставленных задач включает в себя набор основных мероприятий, среди которых поэтапный переход к 2013 г. к полному тарифу на медицинские услуги за счет средств систе-

## Глава 2

мы обязательного медицинского страхования, подготовка к включению с 2013 г. в территориальные программы обязательного медицинского страхования дополнительных денежных выплат медицинским работникам первичного звена здравоохранения и дополнительной диспансеризации работающих граждан, диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации и др.

Финансовое обеспечение мероприятий программы модернизации субъекта Российской Федерации на 2011–2012 г. будет осуществляться в пределах выделенных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования, предоставляемых в форме субсидий бюджету территориального фонда обязательного медицинского страхования на реализацию модернизации субъекта Российской Федерации на 2011–2012 г. Кроме того, предусмотрен механизм принципа софинансирования программы модернизации субъекта Российской Федерации на 2011–2012 г. за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации, а также территориального фонда обязательного медицинского страхования.

С точки зрения организации обязательного медицинского страхования на территории России нельзя не сослаться на утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н Правила обязательного медицинского страхования, регулирующие правоотношения субъектов и участников обязательного медицинского страхования при реализации Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Издаваемые на федеральном уровне с 2011 г. Правила определяют порядок ведения реестра страховых медицинских организаций и медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования; порядок направления территориальным фондом обязательного медицинского страхования сведений о принятом решении об оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве; порядок оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию; порядок



осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования; порядок утверждения для страховых медицинских организаций дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения обязательного медицинского страхования; методику расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию; порядок оказания видов медицинской помощи, установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, застрахованным лицам за счет средств обязательного медицинского страхования в медицинских организациях, созданных в соответствии с законодательством Российской Федерации и находящихся за пределами территории Российской Федерации. Кроме того, указанными Правилами установлены требования к размещению страховыми медицинскими организациями информации; порядок заключения и исполнения договоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования со страховыми медицинскими организациями в 2011 г.

Необходимо отметить, что в целях организации обязательного медицинского страхования приняты и иные акты подзаконного регулирования, среди которых: постановления Правительства Российской Федерации («Об особенностях постановки на учет отдельных категорий страхователей и уплаты ими страховых взносов», «О порядке и условиях размещения временно свободных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования», «Об особенностях лицензирования страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования», «О порядке предоставления и расходования средств, предусмотренных в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение (софинансирование) региональных программ модернизации здравоохранения», «О порядке реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами субъектов Российской Федера-

ции» и др.); приказы Минздравсоцразвития России («Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования на 2011 год», Форма типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, «Об утверждении Порядка регистрации и снятия с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан в территориальных фондах обязательного медицинского страхования», «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», «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования», «Об утверждении формы расчета по начисленным и уплаченным взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения», «Об утверждении Порядка заключения соглашений высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования о финансовом обеспечении региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации») или приказы ФОМС («О Порядке использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования», «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», «Об утверждении формы акта о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании», «Об утверждении перечня должностных лиц Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, уполномоченных составлять акты о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании, рассматривать дела о таких нарушениях и налагать штрафы» и др.).

### **3. Установление круга лиц, подлежащих обязательному медицинскому страхованию.**

Законодательно впервые в сфере обязательного медицинского страхования определены круг и категории лиц, подлежащих соответствующему страхованию. В этой связи следует отметить, что, например, в 2009 году общая численность застрахованных по обязательному медицинскому страхованию граждан составила 142,6 млн человек, в том числе 58,9 млн работающих и 83,4 млн неработающих граждан. Из общей численности застрахованных граждан 139,6 млн человек (98,1%) были обеспечены страховыми медицинскими полисами. В структуре контингента застрахованных граждан на основании договоров обязательного медицинского страхования работающие граждане составили 42,4%, неработающие граждане — 57,6%, из них дети до 8 лет — 18,8%.

В то же время в структуре доходов территориальных фондов обязательного медицинского страхования взносы за работающих составляли 44,75%, а взносы за неработающее население — 55,25%. Исходя из этих данных можно определить, что в расчете на одного человека за неработающего человека взносы составляют меньшую величину, чем за работающего. При этом удельные затраты на оказание медицинской помощи на 1 неработающего в среднем значительно выше, чем на работающего. Как часто подчеркивалось в специальной литературе, именно недостаточные платежи в систему обязательного медицинского страхования на страхование неработающего населения являются основной причиной недофинансирования этой системы.

По действующему законодательству застрахованными лицами в России являются граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей в соответствии с Федеральным законом от 25.07.2002 № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации») и лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом от 19.02.1993 № 4528-1 «О беженцах».

Прежде всего, установлен круг застрахованных лиц — в этом качестве могут выступать работающие и неработающие граждане Российской Федерации. Во-первых, ими являются работающие по трудовому договору или гражданско-правовому договору и самостоятельно обеспечивающие себя работой: индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты. К категории застрахованных — неработающих граждан отнесены: дети со дня рождения до достижения ими возраста 18 лет; неработающие пенсионеры, обучающиеся, безработные граждане, а также один из родителей или опекун, занятый уходом за ребенком до достижения им возраста трех лет, или трудоспособные граждане, занятые соответствующим уходом, или иные не работающие по трудовому договору граждане.

Согласно части 4 статьи 7 Федерального закона от 24.07.2009 № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования» не признаются объектом обложения для плательщиков страховых взносов (лиц, производящих выплаты и иные вознаграждения физическим лицам) выплаты и иные вознаграждения, начисленные в пользу физических лиц, являющихся иностранными гражданами и лицами без гражданства, по трудовым договорам, заключенным с российской организацией для работы в ее обособленном подразделении, расположенном за пределами территории Российской Федерации, выплаты и иные вознаграждения, начисленные в пользу физических лиц, являющихся иностранными гражданами и лицами без гражданства, в связи с осуществлением ими деятельности за пределами территории Российской Федерации в рамках заключенных договоров гражданско-правового характера, предметом которых является выполнение работ, оказание услуг.

Временно находящиеся в Российской Федерации иностранные граждане и лица без гражданства, являющиеся индивидуальными предпринимателями, не производящими выплаты и иные вознаграждения физическим лицам, являются плательщиками

страховых взносов и соответственно подлежат обязательному медицинскому страхованию. Это вытекает из п. 2 ч. 1 ст. 5 и п. 15 ч. 1 ст. 9 Федерального закона от 24.07.2009 № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования». Указанные вопросы оказания медицинской помощи иностранным гражданам регулируются постановлением Правительства Российской Федерации от 01.09.2005 № 546 «Об утверждении Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации».

В этой связи, например, Московский областной фонд обязательного медицинского страхования письмом от 29.01.2010 № 04-03-11/652 даже предложил страховым медицинским организациям в кратчайшие сроки организовать изъятие полисов обязательного медицинского страхования, ранее выданных работающим иностранным гражданам и лицам без гражданства, обеспечить исключение их из Сводного регистра застрахованных граждан МОФОМС и предупредить страхователей о недопустимости внесения в приложения 4–5 к Договору обязательного медицинского страхования работающих иностранных граждан и лиц без гражданства, временно пребывающих на территории Российской Федерации.

Что касается застрахованных в системе обязательного медицинского страхования как в США и Канаде, так и в отдельных странах Евросоюза, то, например, поскольку в США функционирует две основные системы медицинского страхования — обязательная и добровольная, сразу выделяется, что на федеральном уровне в данной стране отсутствует система всеобщего обязательного медицинского страхования. Обязательное государственное медицинское страхование распространяется в США на: граждан США, достигших возраста 62 лет и имеющих право на начисление государственной пенсии по старости при условии уплаты страховых взносов по обязательному медицинскому страхованию за весь период оплаты страховых взносов по пенсионному страхованию; граждан США, достигших 72-летнего возраста и стар-

ше; граждан США, полностью нетрудоспособных (инвалиды с детства, после 18 лет, инвалиды, не способные на осуществление любой деятельности, приносящей доход); граждан США, потерявших зрение и признанных в этой связи инвалидами; граждан США, чей совокупный семейный доход ниже установленного в отдельных штатах стандарта, позволяющего отнести семью к категории малообеспеченных граждан (низший уровень дохода семьи позволяет властям штата внести малообеспеченных граждан в план по оказанию государственной медицинской помощи через федеральную программу государственного медицинского страхования); граждан США, в семьях которых воспитываются дети-инвалиды или на попечении которых находятся дети до 18-летнего возраста, чей совокупный семейный доход ниже установленного в штате стандарта обеспеченности. Для прочих категорий граждан действует система добровольного медицинского страхования. Добровольное медицинское страхование может осуществляться работодателями своих работников, совместно теми и другими либо самими работниками.

Система государственного медицинского страхования в Канаде обеспечивает бесплатный доступ всех граждан Канады к базовым медицинским услугам, оказываемым частными и государственными медицинскими учреждениями. Государственное медицинское страхование в соответствии с законами «Об иммиграции» и «Об индейцах» распространяется также на лиц, зарегистрированных в качестве индейцев, и на лиц, которым был предоставлен статус беженца в соответствии с Женевской конвенцией, и иных лиц, указанных в законе. Кроме того, например, согласно Закону «О здоровье» провинция, где застрахованное лицо постоянно либо преимущественно проживает, обязана оплатить расходы гражданина на лечение в больнице либо у самостоятельно практикующего врача, однако объем оплачиваемых медицинских услуг, покрываемых страховой программой, в разных провинциях различен. Последнее обстоятельство особо касается оплаты отдельных дорогостоящих лекарств, выписанных по рецепту, оплаты стационарного лечения, лечения на дому, лечения у зубного врача, а в отдельных случаях и вызова скорой помощи на дом.

По данным статистики на 2009 г., 87% застрахованных лиц в Германии являются членами больничной кассы (для этого круга лиц обязанность быть застрахованными путем членства в больничной кассе установлена законом), 13% застрахованы в порядке добровольного страхования путем приобретения полиса в страховых компаниях. Основная часть населения Германии застрахована в больничных кассах, поскольку обязанность быть застрахованными установлена законом для широкого круга категорий. Для отдельных категорий (самозанятые лица, государственные служащие и работники, годовой доход которых превышает 48 600 евро) такая обязанность не предусмотрена, и эти категории лиц включают гражданско-правовые договоры страхования со страховыми компаниями. Страховые компании заключают договоры полного страхования, частичного страхования и дополнительного страхования.

Во Франции обязательное страхование по болезни охватывает как наемных, так и ненаемных работников во всех отраслях хозяйства. Обязательное страхование по болезни распространяется на всех работающих по найму граждан. Специальная система обязательного страхования по болезни существует и для лиц, не работающих по найму. Они обеспечивают себя гарантированным минимумом на случай болезни путем внесения взносов в органы взаимного страхования.

В Испании действующая система социального обеспечения в части налоговых поступлений распространяет свое действие на все население страны независимо от пола, гражданского состояния и профессии, а также проживающих или находящихся на законных основаниях на территории Испании иностранных граждан (п. 1 ст. 1 Общего закона о социальном обеспечении 1966 г.) (в части использования средств от неналоговых поступлений — испаноязычных латиноамериканцев, португальцев, бразильцев, граждан Андорры и филиппинцев, приравняваемых в этом случае к испанцам — п. 5 ст. 1 Общего закона) при условии, что они осуществляют деятельность на национальной территории и включены в одну из следующих категорий граждан: наемные работники, занятые в различных сферах экономической деятельности (временной или постоянной), с перерывами, включая надо-

мников, независимо от вида профессиональной деятельности, формы и размера получаемого ими вознаграждения, а также вида трудовых отношений; лиц, работающих на себя, независимо от факта наличия у них своего индивидуального или семейного предприятия, старше 18 лет, отвечающих иным требованиям, предъявляемым законодательством для занятия подобной деятельностью; участников кооперативов; студентов; государственных, гражданских и военнослужащих.

#### **4. Установление тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование и порядка взимания страховых взносов на обязательное медицинское страхование.**

По своей природе страховые взносы подходят под категорию обязательных сборов, которые признаются на дату их начисления согласно п. 1 и п. 7 ст. 272 Налогового кодекса Российской Федерации.

Формирование Федерального закона от 13.12.2010 № 357-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годов»<sup>47</sup> осуществлялось в соответствии с Бюджетным посланием Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации о бюджетной политике в 2011–2013 годах. Доходная часть бюджета Фонда обязательного медицинского страхования сформирована как в соответствии с Бюджетным кодексом Российской Федерации, так и с положениями Федерального закона от 16.10.2010 № 272-ФЗ «О внесении изменений в статью 12 Федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования и статью 33 Федерального закона «Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации»<sup>48</sup>. Бюджет Фонда по доходам сформирован на 2011 г. в сумме 336 млрд руб., на плановый период 2012 и 2013 г. доходы

---

<sup>47</sup> СЗ РФ. 2010. № 51. Ст. 6809.

<sup>48</sup> СЗ РФ. 2010. № 42. Ст. 5294.



составят соответственно: 369,2 млрд руб. и 403,5 млрд руб. Основные характеристики бюджета Фонда на 2011 г. и на плановый период 2012 и 2013 г. были подготовлены на основе прогноза социально-экономического развития Российской Федерации до 2013 г.

С 1 января 2011 г. установлен тариф страховых взносов на обязательное медицинское страхование в бюджет ФОМС в размере 3,1 процента. Кроме того, при расчете доходов учитывались пониженные ставки для организаций, указанных в части 1 статьи 58 Федерального закона «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования». Расчет объема поступления страховых взносов по тарифу 3,1% от плательщиков, производящих выплаты и иные вознаграждения физическим лицам, осуществлен исходя из прогнозного показателя по фонду заработной платы на 2011 год в сумме 13 048 млрд руб., на 2012 г. в сумме 14367 млрд руб. на 2013 г. в сумме 15845 млрд руб. и уровня собираемости 95%.

Объем поступлений страховых взносов от указанных плательщиков с учетом поступлений страховых взносов от плательщиков, уплачивающих страховые взносы на обязательное медицинское страхование в размере, определяемом исходя из стоимости страхового года, на 2011 г. прогнозируется в сумме 306,8 млрд руб., на 2012 и 2013 г. соответственно — 336,5 и 370,7 млрд руб. Расчет объема поступления страховых взносов на обязательное медицинское страхование по пониженному тарифу от плательщиков, производящих выплаты и иные вознаграждения физическим лицам, осуществлен исходя из прогнозного показателя по фонду заработной платы на 2011 г. в сумме 671,5 млрд руб., на 2012 г. — 769,2 млрд руб., на 2013 г. — 846,8 млрд руб. и уровня собираемости 97%. Объем поступления от указанных плательщиков за 2011 г. прогнозируется в сумме 8 млрд руб., в 2012 г. в сумме 9,4 млрд руб., в 2013 г. в сумме 14 млрд руб.

Для категории плательщиков, не производящих выплаты физическим лицам (индивидуальные предприниматели, адвокаты,

нотариусы, занимающиеся частной практикой), установлены страховые взносы на ОМС в размере, определяемом исходя из стоимости страхового года. От указанных плательщиков поступление страховых взносов в 2011 г. и в плановом периоде 2012 и 2013 г. прогнозируется в сумме 4,6 млрд руб.

Поступления образовавшихся недоимок в Фонд по страховым взносам и начисленных на недоимки пеней и штрафов планируются на 2011 г. в сумме 5,9 млн руб., на 2012 и 2013 г. соответственно 3,6 и 2,3 млн руб.

Суммы учтенных в бюджете Фонда межбюджетных трансфертов, получаемых из федерального бюджета, составляют на 2011 г. — 21,1 млрд руб., на 2012 г. — 23,3 и на 2013 год — 18,8 млрд руб.

Указанные средства перечисляются из федерального бюджета для финансирования расходов на проведение в 2011 и 2012 годах дополнительной диспансеризации работающих граждан (4 млрд руб. ежегодно) и диспансеризацию пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (в 2011 году в сумме 0,9 млрд руб., в 2012 году — 0,9 млрд руб.), а также на компенсацию выпадающих доходов бюджета Фонда в связи с установлением пониженных тарифов уплаты страховых взносов для отдельных категорий страхователей на 2011 г. в сумме 16,3 млрд руб., на 2012 г. — 18,4 и на 2013 г. — 18,8 млрд руб. Расходы Фонда за счет средств системы обязательного медицинского страхования в 2011 г. составят 314,8 млрд руб., в 2012 г. — 345,9 млрд руб., в 2013 г. — 384,7 млрд руб.

Частью 2 ст. 6 Федерального закона от 24.07.2009 № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования» закреплено, что территориальные органы Пенсионного фонда Российской Федерации и территориальные фонды обязательного медицинского страхования проводят сверку плательщиков страховых взносов, указанных в подп. «в» п. 1 и п. 2 ч. 1 ст. 5 данного закона, на основании имеющихся у них дан-

ных об их учете (регистрации) в качестве страхователей по обязательному пенсионному страхованию и обязательному медицинскому страхованию в порядке, определяемом совместно Пенсионным фондом Российской Федерации и ФОМС. На основании ч. 1 ст. 6 указанного Федерального закона от 24.07.2009 № 212-ФЗ в целях проведения контроля за уплатой страховых взносов органы контроля за уплатой страховых взносов осуществляют учет плательщиков страховых взносов на основании данных об их учете (регистрации) в качестве страхователей. Особенности постановки на учет отдельных категорий плательщиков страховых взносов устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Таким образом, тариф страхового взноса — это размер страхового взноса на единицу измерения базы для начисления страховых взносов. Применяются следующие тарифы страховых взносов: в ФОМС — 2,1%, в территориальные фонды обязательного медицинского страхования — 3%. Данное положение применяется с 2011 г., а в 2010 г. действовали тарифы, не отличающиеся от ставок единого социального н, установленных статьей 241 Налогового кодекса Российской Федерации.

Для плательщиков, указанных в п. 1 ч. 1 ст. 5 Федерального Закона от 24.07.2006 № 212-ФЗ, за исключением выступающих в качестве работодателей налогоплательщиков-организаций и индивидуальных предпринимателей, имеющих статус резидента технико-внедренческой особой экономической зоны и производящих выплаты физическим лицам, работающим на территории технико-внедренческой особой экономической зоны, сельскохозяйственных товаропроизводителей, организаций народных художественных промыслов и родовых, семейных общин коренных малочисленных народов Севера, занимающихся традиционными отраслями хозяйствования, а также налогоплательщиков-организаций, осуществляющих деятельность в области информационных технологий и уплачивающих налог по налоговым ставкам, установленным п. 6 ст. 241 НК РФ, применяются особые налоговые ставки.

Следует отметить, что уполномоченным органом, в компетенции которого находятся вопросы исчисления и уплаты страховых

взносов, является Минздравсоцразвития России на основании письма Минфина России от 13.04.2010 № 03-03-06/1/257. Так, согласно приказу Минздравсоцразвития России от 26.02.2010 № 112н определяется, какие выплаты не включаются в базу для начисления страховых взносов. Например, в части страховых взносов, подлежащих уплате в ФОМС и ТФОМС, — выплаты и иные вознаграждения по договорам авторского заказа, договорам об отчуждении исключительного права на произведения науки, литературы, искусства, по издательским лицензионным договорам, лицензионным договорам о предоставлении права использования произведения науки, литературы, искусства в пользу физических лиц — иностранных граждан и лиц без гражданства, не являющихся постоянно или временно проживающими на территории Российской Федерации.

Можно сослаться на письмо Минздравсоцразвития России от 01.03.2010 № 426-19 о среднем заработке, сохраняемом за работником при сдаче крови и ее компонентов. Данную выплату работодатель производит в силу закона, независимо от наличия или отсутствия соответствующих положений в трудовом договоре, а также в коллективном договоре или соглашении, т.е. такие выплаты производятся вне рамок каких-либо соглашений между работником и работодателем в части осуществления трудовой деятельности и социального обеспечения. Раз так, то суммы среднего заработка, выплачиваемые организацией работникам-донорам за дни сдачи крови и дополнительный выходной день в соответствии с трудовым законодательством, не облагаются страховыми взносами.

Кроме того, Минздравсоцразвития России в письме от 23.03.2010 № 647-19 отмечает, что вознаграждения работникам подлежат обложению страховыми взносами производимые как в рамках трудовых правоотношений работников и работодателя, так и связанных с трудовыми договорами. В письме Минздравсоцразвития России от 27.02.2010 № 406-19 указано, что в случае вручения подарков физическим лицам, не состоящим с организацией (учреждением) в трудовых (гражданско-правовых) отношениях, стоимость таких подарков не является объектом обложения страховыми взносами.

Для материальной помощи (например, к отпуску или юбилею) применим подп. 11 п. 1 ст. 9 Федерального закона о страховых взносах, который освобождает от обложения взносами суммы материальной помощи, оказываемой работодателями своим работникам, не превышающие 4000 руб. на одного работника за год. Если размер выплаченной работнику материальной помощи больше этого ограничения, то сумма превышения облагается страховыми взносами в общем порядке на основании письма Минздравсоцразвития России от 01.03.2010 № 426-19. В этом же разъяснении обращено внимание на возможность включения сторонами в трудовой договор дополнительных положений, в частности об улучшении социально-бытовых условий работника и членов его семьи (ст. 57 ТК РФ). К таким расходам можно отнести сумму частичной оплаты за работников стоимости путевок в санатории. Она, так же как и материальная помощь, предусмотренная трудовым (коллективным) договором, облагается страховыми взносами.

Выплаты, производимые государственным служащим другими юридическими лицами, не облагаются страховыми взносами, о чем сказано в письмах Минздравсоцразвития России от 11.02.2010 № 286-19, от 27.02.2010 № 406-19. Отдельным категориям работников медицинских организаций (водителям, снабженцам) могут производиться компенсационные выплаты за разъездной характер работы (расходы по проезду, найму, суточные). Напомним, они предусмотрены трудовым законодательством — ст. 168.1 Трудового кодекса Российской Федерации, что дало Министерству право считать данные выплаты компенсационными как с позиции трудового законодательства, так и для целей начисления страховых взносов (письмо Минздравсоцразвития России от 27.02.2010 № 406-19).

#### **5. Утверждение базовой программы обязательного медицинского страхования и единых требований к территориальным программам обязательного медицинского страхования.**

В целях обеспечения конституционных прав граждан Российской Федерации на получение бесплатной медицинской помощи Правительство Российской Федерации ежегодно утверждает Программу государственных гарантий оказания гражданам Рос-

сийской Федерации бесплатной медицинской помощи. Такая Программа на 2011 г. утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2010 № 782 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год».

За счет средств обязательного медицинского страхования оплачивается медицинская помощь, оказываемая в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования, являющейся составной частью Программы и предусматривающей первичную медико-санитарную, специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь, а также обеспечение необходимыми лекарственными средствами в определенных случаях.

В соответствии с действующей Программой госгарантий финансовое обеспечение медицинской помощи на территории Российской Федерации осуществляется как за счет средств всех бюджетов бюджетной системы Российской Федерации, так и за счет средств бюджетов государственных фондов обязательного медицинского страхования. Так, за счет средств фондов обязательного медицинского страхования финансируется базовая программа обязательного медицинского страхования как составная часть Программы госгарантий, включающая в себя первичную медико-санитарную помощь, в том числе неотложную. Рассматриваемый вид медицинской помощи включает в себя лечение наиболее распространенных болезней, травм, отравлений и других состояний, требующих неотложной медицинской помощи, медицинскую профилактику заболеваний, осуществление мероприятий по проведению профилактических прививок, профилактических осмотров, диспансерного наблюдения здоровых детей, лиц с хроническими заболеваниями, по предупреждению абортов, санитарно-гигиеническое просвещение граждан, а также проведение других мероприятий, связанных с оказанием первичной медико-санитарной помощи гражданам. Первичная медико-санитарная помощь предоставляется гражданам в амбулаторно-поликлинических, стационарно-поликлинических, больничных учреждениях и других медицинских организациях врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участ-

ковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-специалистами, а также соответствующим средним медицинским персоналом.

Финансовое обеспечение мероприятий по организации оказания специализированной медицинской помощи осуществляется за счет страховых взносов и средств: федерального бюджета — в федеральных государственных учреждениях, оказывающих специализированную медицинскую помощь; бюджета субъектов Российской Федерации — в учреждениях здравоохранения субъектов Российской Федерации и муниципальных учреждениях здравоохранения, оказывающих специализированную медицинскую помощь в рамках переданных полномочий; средств частных организаций здравоохранения. Порядок организации оказания специализированной медицинской помощи осуществляется согласно приказу Минздравсоцразвития России от 16.04.2010 № 243н «Об организации оказания специализированной медицинской помощи».

Кроме того, за счет средств обязательного медицинского страхования при реализации базовой программы осуществляется обеспечение медицинских учреждений необходимыми лекарственными средствами в соответствии с законодательством Российской Федерации при лечении: инфекционных и паразитарных заболеваний, новообразованиях, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ; травмах, отравлениях; врожденных аномалиях; отдельных нарушениях, вовлекающих иммунный механизм; деформациях и хромосомных нарушениях; отдельных состояний, возникающих у детей в перинатальный период; при болезнях эндокринной и нервной системы, крови и кроветворных органов, глаза и его придаточного аппарата, уха и сосцевидного отростка, систем кровообращения, органов дыхания и пищеварения, мочеполовой системы, кожи и подкожной клетчатки, а также при болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Оплата страховыми медицинскими организациями услуг, оказанных медицинскими организациями гражданам в рамках Программы госгарантий, производится в порядке и сроки, предусмотренные заключенным между ними договором о предоставле-

нии медицинских услуг, но не позднее месяца с момента представления документа об оплате. Для этого медицинские учреждения ежемесячно представляют учетные регистры на основании п. 3.1 Методических рекомендаций о порядке осуществления персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, утвержденных письмом ФОМС от 21.02.2006 № 1253. Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н, определены счета на оплату медицинской помощи и утвержден соответствующий реестр счетов.

Согласно разд. 5 Программы госгарантий тарифы на медицинские услуги включают в себя: расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, приобретение медикаментов и перевязочных средств, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, стекла, химпосуды и прочих материальных запасов, расходы по оплате стоимости лабораторных и инструментальных исследований, производимых в других учреждениях (при отсутствии своей лаборатории и диагностического оборудования), а также расходы по оплате организации питания предприятиями общественного питания (при отсутствии своего пищеблока). Причем при выполнении нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой госгарантий, в состав затрат на оказание медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования могут быть включены иные расходы в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации.

Отметим, что нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Программой госгарантий, рассчитаны исходя из расходов на ее оказание с учетом индекса потребительских цен, предусмотренного основными параметрами прогноза социально-экономического развития Российской Федерации, а также индексации заработной платы работников бюджетной сферы, иных затрат на медицинскую помощь в 2011 г. и в среднем составляют за счет средств обязательного медицинского страхования: на 1 вызов скорой,



в том числе специализированной (санитарно-авиационной), медицинской помощи — 1710,1 руб.; на 1 посещение амбулаторно-поликлинических учреждений и других медицинских организаций или их соответствующих структурных подразделений (включая оказание неотложной медицинской помощи) — 168,4 руб.; на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров — 470,5 руб.; на 1 койко-день в больничных учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях — 1167 руб.

Следует акцентировать внимание и на следующем правовом аспекте. Согласно принятым Правилам обязательного медицинского страхования территориальный фонд обязательного медицинского страхования по месту оказания медицинской помощи осуществляет расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования в объеме, установленном базовой программой, не позднее 25 дней с даты представления счета медицинской организацией с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Выделяя вопросы финансирования программ за счет средств обязательного медицинского страхования, отметим, что финансовое обеспечение реализации программы оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и мероприятий, связанных с реализацией национального проекта «Здоровье» (дополнительная диспансеризация работающих граждан, детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации), осуществляется за счет средств территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

В соответствии с отраслевыми нормами диспансеризации подвергаются работающие граждане и находящиеся в стационарных учреждениях дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей. Правила предоставления в 2009 г. и на плановый период 2010 и 2011 гг. субсидий из бюджета ФОМС бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение диспансеризации находящихся в стационарных

учреждениях детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2007 № 945. В свою очередь, Правила предоставления субсидий на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан в 2008–2010 гг. утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 24.12.2007 № 921. Следует заметить, что порядок получения субсидий медицинскими организациями, проводящими диспансеризацию как работающих граждан, так и детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, схож.

Субсидии на проведение диспансеризации территориальным фондам обязательного медицинского страхования выделяются из Федерального фонда обязательного медицинского страхования и предоставляются на основании заявок, исходя из численности находящихся в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, подлежащих диспансеризации согласно плану-графику проведения диспансеризации в субъекте Российской Федерации на текущий финансовый год, а также из норматива затрат, установленного на проведение диспансеризации одного ребенка при соблюдении определенных условий. Утвержденные постановлением Правительства Российской Федерации от 31.12.2010 № 1234 Правила предоставления субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, определяют порядок предоставления таких субсидий.

В последнее время социальное законодательство о субсидиях активно развивается, а законодательное определение понятия «субсидия» содержится в ст. 1 Федерального закона от 17.07.1999 № 178-ФЗ (в ред. от 08.12.2010г.) «О государственной социальной помощи»<sup>49</sup>. Субсидия рассматривается как имеющая целевое назначение полная или частичная оплата предоставля-

---

<sup>49</sup> СЗ РФ. 1999. № 29. Ст. 3699.

емых гражданам социальных услуг. Как видно, данная дефиниция учитывает такой важный признак, отличающий субсидии от других социальных выплат, как целевой характер. Действующие правовые нормы предусматривают ответственность за нецелевое использование субсидий в форме возврата всех или части денежных средств, потраченных не по назначению. Значит, субсидия предоставляется на безвозмездной и безвозвратной основе из бюджетных средств и предназначена строго для использования в соответствующих целях, установленных в законе. Предоставление субсидий осуществляется в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных федеральным законом о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на соответствующий финансовый год и плановый период на проведение диспансеризации детей. Диспансеризация детей проводится медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Субсидия предоставляется на основании заявки территориального фонда ежемесячно исходя из численности пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, подлежащих диспансеризации, согласно плану-графику проведения диспансеризации в субъекте Российской Федерации на соответствующий финансовый год и нормативу затрат на проведение диспансеризации одного ребенка при соблюдении соответствующих условий. Территориальный фонд ежегодно заключает с медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности, договоры в соответствии с типовой формой, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 31.12.2010 № 1234; открывается в установленном порядке отдельный счет территориального фонда в подразделении расчетной сети Центрального банка Российской Федерации для перечисления субсидии. Территориальный фонд перечисляет средства, поступившие в виде субсидий, медицинской организации при условии, если медицинская организация заключает с территориальным фондом договор в соответствии с указанной постановлением

Правительства Российской Федерации от 31.12.2010 №1234 типовой формой.

Правила финансового обеспечения расходов на оплату медицинским организациям услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, и медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, а также диспансерному (профилактическому) наблюдению ребенка в течение первого года жизни, утвержденные постановлением Правительства Российской Федерации от 31.12.2010 № 1233, устанавливают порядок финансового обеспечения расходов на оплату услуг по медицинской помощи учреждениям государственной и муниципальной систем здравоохранения, медицинским организациям, участвующим в реализации территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, а также иным организациям, в которых в установленном законодательством Российской Федерации порядке размещен государственный или муниципальный заказ.

Территориальные органы Фонда социального страхования Российской Федерации перечисляют медицинским организациям средства на оплату счетов за оказанные услуги. Например, исходя из следующего расчета: 3 тыс. руб. — за каждую женщину, получившую соответствующие услуги в медицинской организации, оказывающей амбулаторно-поликлиническую помощь женщинам в период беременности; 6 тыс. руб. — за каждую женщину при оказании ей и новорожденному соответствующей услуги в медицинской организации, оказывающей стационарную помощь женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период и др.

Дополнительная диспансеризация работающих граждан проводится медицинскими организациями, участвующими в реализации программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации осуществляют работу по организации проведения дополнительной диспансеризации совместно с ТФОМС, в связи с чем:

определяются организации, работники которых подлежат дополнительной диспансеризации в 2011 г.; составляются поименные списки работников (выверенные с работодателем) с указанием даты рождения, профессии, должности; направляются в учреждения здравоохранения, осуществляющие дополнительную диспансеризацию, списки работающих граждан.

Правила предоставления из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан, утвержденные постановлением Правительства Российской Федерации от 31.12.2010 № 1228, определяют порядок предоставления субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан. Дополнительной диспансеризации подлежат граждане без возрастных ограничений, работающие в организациях независимо от их организационно-правовой формы и формы собственности, в том числе работники, занятые на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, застрахованные в системе обязательного медицинского страхования. Условия, по которым ТФОМС предоставляются субсидии из ФОМС на проведение дополнительной диспансеризации граждан, а из ТФОМС — учреждениям здравоохранения, аналогичны условиям предоставления субсидий на проведение диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 15.05.2010 № 347 «О порядке направления в 2010 году Федеральным фондом обязательного медицинского страхования средств нормированного страхового запаса на увеличение дотаций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования» и по результатам комплексной оценки эффективности

реализации соответствующих программ за 2009 г. Минздравсоцразвития России утвержден коэффициент стимулирования эффективности реализации таких программ для определенных территорий. Так, например, коэффициент 1,3 определен для Республики Адыгея, Республики Татарстан, Белгородской области, Пензенской области, Тюменской области, а 0,9 — для Республики Башкортостан, Карачаево-Черкесской Республики, Республики Марий Эл, Республики Мордовия, Удмуртской Республики, Республики Хакасия, Чувашской Республики, Алтайского края, Краснодарского края, Астраханской области, Брянской области, Воронежской области, Калужской области, Новосибирской области, Омской области, Орловской области, Самарской области, Саратовской области, Свердловской области, Ульяновской области и Челябинской области.

### **6. Установление порядка распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательно медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования.**

Действующая редакция ст. 129 Бюджетного кодекса Российской Федерации рассматривает субвенции в числе других форм межбюджетных трансфертов наряду с субсидиями и межбюджетными дотациями. Рассматривая субвенции как форму межбюджетных трансфертов, современное бюджетное законодательство России предусматривает выделение из вышестоящего бюджета в нижестоящий в целях финансового обеспечения расходных обязательств, возникающих в результате делегирования полномочий публично-правовых образований вышестоящего уровня нижестоящему (ст. 129, 133, 140 Бюджетного кодекса Российской Федерации). Субвенции как форма поддержки бюджетов прошли определенный путь совершенствования, оказавший влияние на их регулирование бюджетным законодательством и на уровне дефиниции, и на уровне правового режима в целом.

В широком смысле субвенции следует рассматривать как форму поддержки одного бюджета другим бюджетом, поскольку распределение функций фондов между различными уровнями требует адекватного распределения финансовых ресурсов. Прак-

тика ведения их дел указывает на необходимость распределения функций между различными уровнями фондов в целях более эффективного управления. С учетом этого следует сослаться на ст. 133.2 Бюджетного кодекса Российской Федерации, под субвенциями бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования понимающую межбюджетные трансферты, предоставляемые бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования в целях финансового обеспечения расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при выполнении полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, переданных для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации федеральными законами.

Размер субвенций из бюджета ФОМС бюджету ТФОМС, например, в 2012 г., будет исчисляться как сумма страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения соответствующего субъекта Российской Федерации, страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения, исчисляемых на территории соответствующего субъекта Российской Федерации по тарифу 2%, и объема дотаций, предусмотренного в бюджете Федерального фонда соответствующего субъекта Российской Федерации на 2011 г. Общий объем субвенций, предоставляемых бюджетам территориальных фондов, определяется исходя из численности застрахованных лиц, норматива финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования. Субвенции предоставляются при условии соответствия объема бюджетных ассигнований на обязательное медицинское страхование неработающего населения, утвержденного законом о бюджете субъекта Российской Федерации, рассчитанному размеру страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения и при условии перечисления в бюджет Федерального фонда ежемесячно одной двенадцатой годового объема бюджетных ассигнований на обязательное медицинское страхование неработающего населения, утвержденного законом о бюджете субъекта

Российской Федерации, в срок не позднее 25-го числа каждого месяца.

Порядок распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов устанавливается Правительством Российской Федерации.

**7. Установление ответственности субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования за нарушение законодательства об обязательном медицинском страховании.**

Субъектами обязательного медицинского страхования являются застрахованные лица, страхователи и ФОМС.

К участникам обязательного медицинского страхования относятся территориальные фонды, страховые медицинские организации и медицинские организации.

Страхователи несут ответственность за сокрытие или занижение сумм, с которых должны начисляться страховые взносы, за нарушение сроков их уплаты, за отказ от регистрации в качестве плательщиков страховых взносов. К страхователям до 1 января 2010 г. применялись финансовые санкции, предусмотренные гл. 16 Налогового кодекса Российской Федерации и гл. 15 КоАП Российской Федерации.

В настоящее время правовое регулирование ответственности страховщиков (как юридических, так и физических лиц), осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 24.07.2009 № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования». Прошло фактически десять лет со дня введения части первой Налогового кодекса, законодателю необходимо было пересмотреть меры ответственности с учетом настоящего времени. Положительно, что согласно Федеральному закону от 24.07.2009 № 213-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных законодательных актов (положений законодательных актов) Российской Федерации в связи с принятием



Федерального закона «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования»<sup>50</sup> КоАП Российской Федерации дополняется ст. 15.32 «Нарушение установленного законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании срока регистрации» и ст. 15.33 «Нарушение установленных законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании порядка и сроков представления документов и (или) иных сведений в органы государственных внебюджетных фондов», в которых выделена ответственность должностных лиц непосредственно перед внебюджетным фондом.

О необходимости в законодательном порядке закрепить ответственность органов государственной власти и местного самоуправления за перечисление страховых взносов на неработающее население и за нецелевое использование выделенных бюджетом субъекта Российской Федерации средств на здравоохранение в специальной литературе говорилось давно.

Страхователями для неработающих граждан являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации и для них на основании ст. 25 комментируемого Закона установлена ответственность за нарушения в части уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения. Так, в случае неуплаты или неполной уплаты соответствующих страховых взносов в установленный срок производится взыскание недоимки по страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения, начисленных пеней и штрафов. Пенями признается установленная денежная сумма, которую страхователь должен выплатить в случае уплаты причитающихся сумм страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в более поздние сроки по сравнению с установленными. К страхователю, нару-

---

<sup>50</sup> СЗ РФ. 2009. № 30. Ст. 3739.

шающему порядку уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, применяются следующие санкции: непредставление страхователем в установленный срок расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения по месту учета в территориальном фонде влечет взыскание штрафа в размере 2% суммы страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, подлежащей уплате или доплате на основе этого расчета, за каждый полный или неполный месяц со дня, установленного для его представления, но не более 5% указанной суммы и не менее одной тысячи рублей; неуплата или неполная уплата сумм страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в результате неправильного исчисления этих страховых взносов влечет взыскание штрафа в размере 20% неуплаченной суммы страховых взносов.

Уплата штрафа не освобождает страхователя от выплаты суммы неуплаченных страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения. В случае выявления нарушений законодательства об обязательном медицинском страховании должностные лица Федерального фонда или территориальных фондов составляют акты о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании, рассматривают дела о нарушениях и налагают штрафы в соответствии со ст. 18 данного Федерального закона. Взыскание недоимки, пеней и штрафов со страхователей осуществляется в порядке, аналогичном порядку, предусмотренному ст. 18 Федерального закона от 24.07.2009 № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования».

Общий порядок рассмотрения дел о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании и наложения штрафов должностными лицами ФОМС и территориальных фондов обязательного медицинского страхования вступил в силу с 1 января 2011 г. Приказом Минздравсоцразвития России от

24.12.2010 № 1174н, зарегистрированным в Минюсте России 27.01.2011 № 19597, утвержден указанный Порядок. Привлечение к ответственности за совершение нарушений законодательства об обязательном медицинском страховании осуществляется должностными лицами соответствующих фондов и при обнаружении фактов, свидетельствующих о нарушениях законодательства об обязательном медицинском страховании, составляется акт. Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 229, зарегистрированным в Минюсте России 24.12.2010 № 19370, утверждена форма акта о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании.

Страховая медицинская организация несет материальную (имущественную) ответственность перед застрахованной стороной или страхователем за невыполнение условий договора медицинского страхования, в том числе за ненадлежащий контроль качества медицинской помощи, оказываемой в конкретном медицинском учреждении. Условие о материальной ответственности всегда должно быть включено в договор медицинского страхования. Следует одновременно говорить и об ответственности медицинских учреждений за объем и качество предоставляемых медицинских услуг, за отказ в оказании медицинской помощи застрахованному.

Из утратившего в настоящее время силу Закона Российской Федерации «О медицинском страховании» не было ясно, к кому и с какими исками может обратиться застрахованный гражданин. Но расставленные судами<sup>51</sup> акценты об ответственности страховой организации перед страхователем и застрахованными за невыполнение условий договора медицинского страхования, а медицинской организации — за объем и качество медицинских услуг свидетельствовали в пользу того, что с иском о возмещении вреда здоровью застрахованный должен был обращаться к непо-

---

<sup>51</sup> Решение городского суда от 9 февраля 2000 г. // Архив ЗАО СМО «Надежда», Решение городского суда от 9 февраля 2000 г., Решение мирового судьи г. Красноярска от 20 февраля 2002 г., Решение мирового судьи г. Красноярска от 2 октября 2003 г // Архив ЗАО СМО «Надежда».

средственному причинителю вреда, т.е. к медицинской организации. Каким бы неудачным ни был выбор страховщиком лечебного учреждения для реализации программы обязательного медицинского страхования (с точки зрения технической оснащенности и укомплектованности специалистами) и каким бы небрежным ни был контроль за качеством медицинской помощи — все это лишь условия, но не причина нанесения вреда здоровью застрахованного. Ни законодательство о медицинском страховании, ни условия договора страхования не отменяют обязанности лечебного учреждения оказывать пациенту квалифицированную медицинскую помощь — своевременную, безопасную и эффективную. Соответствие медицинской услуги перечисленным требованиям определяется с помощью стандартов диагностики и лечения заболеваний, знание и соблюдение которых является профессиональной обязанностью медика, но не страховщика. Практика привлечения страховой медицинской организации в качестве ответчика по искам застрахованных о возмещении вреда здоровью не соответствовала принципу работы страховщика в данной сфере.

### **8. Организация управления средствами обязательного медицинского страхования.**

Согласно п. 2 ст. 8 Федерального закона от 24.07.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» Федеральный фонд обязательного медицинского страхования призван аккумулировать средства обязательного медицинского страхования и управлять ими. Им формируются и используются резервы для обеспечения финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования в порядке, установленном соответствующим уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

На основании ст. 29 комментируемого Федерального закона ФОМС производит размещение временно свободных средств соответствующих фондов. Порядок и условия размещения временно свободных средств указанного Федерального фонда и территориальных фондов обязательного медицинского страхования устанавливаются Правительством Российской Федерации, постановлением которого от 31.12.2010 № 1225 «О разме-

шении временно свободных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования» утверждены Правила размещения временно свободных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования. Временно свободные средства указанного фонда включают в себя остатки средств бюджета Федерального фонда на счете по учету средств нормированного страхового запаса, а также остатки средств бюджета Федерального фонда в пределах положительной разницы между размером остатков на счете на 1-е число месяца, в котором осуществляется размещение временно свободных средств Федерального фонда, и величиной, равной одной двенадцатой размера расходов месяца. Временно свободные средства могут размещаться на банковские депозиты в валюте Российской Федерации на срок до 6 месяцев, процентная ставка депозита фиксируется на весь срок депозита, выплата процентного дохода осуществляется ежемесячно. Сумма временно свободных средств Федерального фонда или территориального фонда, размещаемых в одной кредитной организации, не может превышать 25% от совокупного объема размещенных временно свободных средств Федерального фонда или территориального фонда.

В соответствии со ст. 6 Федерального закона от 08.12.2010 № 333-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годов» Федеральный фонд в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 30.12.2010 № 1229н «Об утверждении Порядка использования средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования» принимает решение о направлении средств нормированного страхового запаса: на покрытие временных кассовых разрывов, возникающих в ходе исполнения бюджета Федерального фонда в текущем финансовом году, с последующим восстановлением средств нормированного страхового запаса Федерального фонда; на увеличение дотаций из бюджета Федерального фонда, направляемых в бюджеты территориаль-

ных фондов обязательного медицинского страхования на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, до размера, установленного федеральным законом о бюджете Федерального фонда на текущий финансовый год и на плановый период, в случае, если доходов бюджета Федерального фонда, необходимых для формирования дотаций в размере, установленном федеральным законом о бюджете Федерального фонда на текущий финансовый год и на плановый период, недостаточно; на увеличение дотаций в случае, если доходы бюджета Федерального фонда обеспечивают формирование дотаций в установленном федеральным законом о бюджете Федерального фонда на текущий финансовый год и на плановый период размере; на оплату расходов Федерального фонда по изготовлению и доставке полисов обязательного медицинского страхования единого образца в размере, устанавливаемом Федеральным фондом. Указанные средства нормированного страхового запаса, направляемые из бюджета Федерального фонда в бюджеты территориальных фондов на увеличение дотаций, используются в качестве дотаций в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Правила распределения в 2011 г. средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования на увеличение дотаций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, утвержденные постановлением Правительства Российской Федерации от 31.12.2010 № 1219, определяют порядок распределения в 2011 г. средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Решение о распределении средств нормированного страхового запаса между субъектами Российской Федерации принимает Фонд на основании данных о финансовом обеспечении территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы, представляемых уполномоченными органами исполнительной власти субъ-

ектов Российской Федерации и территориальными фондами в порядке и по формам, которые установлены Минздравсоцразвития России. Уровень фактической бюджетной обеспеченности субъектов Российской Федерации рассчитывается Министерством финансов Российской Федерации на 1-е число месяца, предшествующего месяцу, в котором Фонд принимает решение о распределении средств нормированного страхового запаса. Размер дотации для выравнивания финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы определяется по соответствующей формуле.

Следует отметить, что Федеральный фонд имеет статус некоммерческой организация, формирование и исполнение его бюджета осуществляется в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации. С учетом этого Федеральный фонд ежегодно составляет и представляет в Минздравсоцразвития России проект своего бюджета на очередной финансовый год и плановый период и проект отчета об исполнении бюджета, а также бюджетную отчетность, составляемую в порядке, установленном Министерством финансов Российской Федерации (п. 16 в ред. постановления Правительства Российской Федерации от 27.10.2008 № 782).

В целях выполнения своих основных задач Федеральный фонд: вправе начислять и взыскивать со страхователей для неработающих граждан недоимку по страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения, штрафы и пени в порядке, аналогичном порядку, установленному ст. 18 Федерального закона от 24.07.2009 № 212-ФЗ.

Следует отметить также, что постановлением Правительства Российской Федерации от 15.02.2011 № 85 утверждены Правила финансового обеспечения в 2011–2012 г. региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Указанные Правила устанавливают порядок предоставления и расходования в 2011 и 2012 г. субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на реа-

лизацию региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации. Субсидии предоставляются из бюджета Фонда бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, связанных с реализацией региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации. Субсидии предоставляются в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных в бюджете Фонда на 2011 и 2012 годы, и в соответствии с соглашениями, заключенными Минздравсоцразвития России, Фондом и высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации на соответствующих условиях. Такими условиями являются: установление в 2011 и 2012 г. бюджетам субъектов РФ расходов на здравоохранение, включая платежи на обязательное медицинское страхование за неработающее население, в объеме не ниже фактических расходов на здравоохранение в 2010 г.; заключение соглашений высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации с Минздравсоцразвития России и ФОМС по финансовому обеспечению региональных программ модернизации здравоохранения; своевременное предоставление уполномоченными органами исполнительной власти субъектов отчетности и иной информации о реализации мероприятий региональных программ модернизации; наличие проектно-сметной документации, перечня оборудования.

Распределение средств на программы модернизации субъектов осуществляется в соответствии с методикой распределения средств ФОМС на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения в 2011–2012 г., утвержденной межведомственной рабочей группой по рассмотрению региональных программ модернизации здравоохранения субъектов. По итогам 2011 г. первого полугодия 2012 г. до 10% размера средств, направляемых из бюджета ФОМС на региональные программы модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, направляются на стимулирование субъектов Российской Федерации, достигших лучших результатов.



Фонд по согласованию с Минздравсоцразвития России вправе приостанавливать предоставление субсидии при несоблюдении субъектом Российской Федерации условий соглашения и сроков реализации мероприятий, установленных региональной программой модернизации здравоохранения субъекта Российской Федерации, вплоть до устранения оснований для такого приостановления. В случае если указанные нарушения не устранены в течение более 2 месяцев, Фонд по согласованию с Минздравсоцразвития России вправе уменьшить установленный размер субсидии на разницу между установленным размером и размером субсидии, предоставленной Фондом на день принятия решения о приостановлении предоставления субсидии.

**9. Определение общих принципов организации информационных систем и информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, ведения персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам.**

Порядок ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования утвержден приказом Минздравсоцразвития России от 25.01.2011 № 29н. Им определяется организация персонифицированного учета; ведение единого регистра застрахованных лиц; ведение персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, и технологии обмена информацией при ведении персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования. Следует отметить, что персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах ведется в форме единого регистра застрахованных лиц и включает сведения об этих лицах, сбор, обработку и хранение сведений.

Указанное означает, что организации, работающие в сфере обязательного медицинского страхования, внедряют системы, позволяющие вести учет контингента больных, проводить анализ деятельности и составление регламентных отчетов. Однако в целом в учреждениях систем здравоохранения (государственной, муниципальной и частной) не формируется единого информаци-

онного пространства, поэтому электронный обмен данными между ними затруднен.

Вместе с тем, к настоящему времени многие страны уже реализуют программы единого информационного пространства в сфере здравоохранения. Например, в Великобритании реализуется программа NHS (Connecting for Health) с общим объемом инвестиций до 2014 г. 25 млрд долл. при численности населения примерно 60,5 млн человек. В Европе, помимо национальных программ, реализуется единая программа Европейского Союза (e-health), ее первоочередные задачи: стандартизация, обеспечение страхового покрытия независимо от нахождения, обработка медицинской информации о пациенте с использованием информационных технологий. Объем инвестиций Евросоюза в рамках общеевропейской программы уже составил около 317 млн евро. В Канаде создана единая информационная система в области здравоохранения с приоритетными направлениями работ: электронный паспорт здоровья, инфраструктура, телемедицина, создание национальных реестров, справочников и классификаторов, системы диагностической визуализации и хранения графической информации. Бюджет программы до 2009 г. составлял 1,3 млрд долл. при численности населения около 39 млн человек.

Согласно аналогичной комплексной программе, реализуемой в США, предусматривается создание сегмента информационной системы в сфере здравоохранения в рамках электронного правительства. Общие потребности в инвестициях в электронную медицину на ближайшее десятилетие оцениваются в 21,6–43,2 млрд долл. Приоритетными направлениями работ в настоящий период объявлены как электронный паспорт здоровья (EHR), национальная информационная инфраструктура, региональные центры медицинской информации (RHIOs), так и электронный обмен медицинскими данными. Согласно экспертным оценкам, полномасштабное внедрение информационных технологий в медицину США может привести к экономии до 77 млрд долл. Те же исследования в Германии дают оценку экономии расходов при переходе на электронное здравоохранение в размере до 30% от имеющихся затрат. В частности, дает экономию внедрение тех-

нологии электронного рецепта; снижение расходов, связанных с выбором неправильного метода лечения, избыточных процедур и медикаментов; выявление и предотвращение страховых махинаций. Экономия составит около 1 млрд евро ежегодно при численности населения около 83 млн человек.

Как видно, государственная информационная система персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений об оказании медицинской помощи призвана создать надежную основу для решения ключевых задач управления сферой здравоохранения.

В рамках достижения поставленной цели в сфере обязательного медицинского страхования планируется создание информационно-аналитической системы ведения федеральных реестров и регистров, а также нормативно-справочного обеспечения в сфере здравоохранения; создание информационной системы персонифицированного учета оказания медицинской помощи; информационная поддержка 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; информационная поддержка оказания услуг высокотехнологичной медицинской помощи; 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 учреждениями и организациями отрасли здравоохранения.

При этом предполагается, что источниками первичной информации для формирования элементов информационных систем должны стать не только медицинские учреждения, но и также территориальные фонды обязательного медицинского страхования.

Информация, формируемая в рамках системы обязательного медицинского страхования, позволяет решать задачи по повы-

шению качества и оперативности предоставления медицинских услуг населению. Это будет достигнуто за счет автоматизации: мониторинга финансовых потоков в учреждениях здравоохранения на территории субъектов Российской Федерации; оценки эффективности управления кадровыми ресурсами; определения объемов и структуры медицинской помощи на основе данных об обращениях граждан в учреждения здравоохранения; прогнозирования потребности в назначении лекарственных препаратов гражданам по программе лекарственного страхования на основе данных территориально-популяционных регистров; прогнозирования затрат на медицинскую помощь, оказанную в рамках Программы государственных гарантий; оценки эффективности деятельности региональных органов управления здравоохранением.

К настоящему времени в стране созданы элементы информационно-коммуникационной инфраструктуры: в субъектах Российской Федерации созданы медицинские информационно-аналитические центры, автоматизированные информационные системы фондов обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организаций. Однако разработанные информационные системы, как правило, носят узконаправленный характер, ориентированный на обеспечение частных функций и задач. Отсутствие единого подхода при их развитии в процессе эксплуатации привело к возникновению серьезных проблем. В результате существующие информационные системы представляют собой комплекс разрозненных автоматизированных рабочих мест, а не единую информационную среду.

Уровень оснащения системы здравоохранения современными информационно-коммуникационными технологиями крайне неоднороден и в основном ограничивается использованием нескольких компьютеров в качестве автономных автоматизированных рабочих мест, т.е. проблемой в области создания информационных систем является отсутствие унификации используемых программно-аппаратных платформ. Сегодня в медицинских учреждениях существует более 800 различных медицинских информационных систем, а для нужд бухгалтерий, отделов кадров и экономических подразделений используются самые разные про-

граммные пакеты. Ввиду этого существующий уровень информатизации системы здравоохранения не позволяет оперативно решать вопросы планирования и управления отраслью для достижения целевых показателей.

Новая концепция должна опираться на принципы, изложенные в концептуально-программных документах по информатизации здравоохранения, системы обязательного медицинского страхования и развитию телемедицины. Она должна являться результатом совместной работы и широкого обсуждения специалистами Минздравсоцразвития России, подведомственных ему служб и агентств, органов управления здравоохранением и МИАЦ субъектов Федерации, фондов обязательного медицинского страхования, РАМН, научных и общественных организаций, ведущих экспертов, согласована с Минкомсвязи России.

Создание и развитие информационных систем отрасли должно осуществляться также на основе решений Правительства Российской Федерации в области информатизации, в частности: Концепции региональной информатизации до 2010 г., утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 17.07.2006 № 1024-р; Типовой программы развития и использования информационных и телекоммуникационных технологий субъекта Российской Федерации, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 03.07.2007 № 871-р; Концепции и Плана создания государственной автоматизированной системы информационного обеспечения управления приоритетными национальными проектами (ГАС «Управление», распоряжение Правительства Российской Федерации от 24.04.2007 № 516-р); проекта «Концепции формирования в Российской Федерации» электронного правительства» до 2010 года», одобренной на заседании Правительства Российской Федерации 16.08.2007 г.; постановления Правительства Российской Федерации от 17.11.2007 № 781 «Об утверждении Положения об обеспечении безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных»; постановления Правительства Российской Федерации от 25.12.2007 № 931 «О некоторых мерах по обеспечению информационного взаимодействия государственных органов и органов местного само-

управления при оказании государственных услуг гражданам и организациям».

Что касается использования современных информационных технологий для организации сбора, обработки и доступа к государственной и ведомственной статистической информации в здравоохранении, то здесь необходимо исходить из требований Федерального закона от 29.11.2007 № 282-ФЗ «Об официальном статистическом учете и системе государственной статистики в Российской Федерации», а также концепции и мероприятий федеральной целевой программы «Развитие государственной статистики России в 2007–2011 годах».

В сфере обязательного медицинского страхования целями персонифицированного учета являются как создание условий для обеспечения гарантий прав застрахованных лиц на бесплатное предоставление медицинской помощи надлежащего качества и объема в рамках базовой и территориальных программ обязательного медицинского страхования и для осуществления контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования, так и определение потребности в объемах медицинской помощи в целях формирования базовой и территориальных программ обязательного медицинского страхования.

### **10. Установление системы защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования.**

В современном мире активно идет поиск действенных механизмов защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования. Формирование нормативной базы в строительстве системы защиты прав застрахованных в этой сфере началось давно, однако в процессе реформирования здравоохранения выделились новые проблемы, касающиеся надлежащего уровня защиты указанных лиц.

К правам застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования прежде всего могут быть отнесены: права граждан на охрану здоровья и бесплатную, качественную медицинскую помощь в соответствии с Программой государственных гарантий по обеспечению граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью (п. 1 ст. 41 Конституции РФ); права граждан на получение достоверной информации о состоя-

нии своего здоровья и ограничение доступа к данной информации других лиц (ст. 19, 30, 32, 33, 34, 61 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан); права граждан на возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи (гл. 59 Гражданского кодекса РФ, ст. 66, 67, 68 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан); права граждан на обжалование действий (ст. 69 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан). Правоприменительная практика по реализации надлежущей защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования развивается во исполнение Конституции Российской Федерации, Конвенции о защите прав человека и основных свобод, ратифицированной Федеральным законом от 30.03.1998 г. № 54-ФЗ «О ратификации Конвенции о защите прав человека и основных свобод и Протоколов к ней»<sup>52</sup>, Бюджетного кодекса Российской Федерации, Гражданского кодекса Российской Федерации и др.

Принимаемые международные документы (Хартия по правам больничных пациентов, Лиссабонская декларация о политике в области обеспечения прав пациентов в Европе, Амстердамская и Алма-Атинская декларации ВОЗ и др.), находя отражение в законодательных актах государств, выступают юридической основой решения проблем защиты застрахованных на уровне отдельных стран. К примеру, общее законодательство по правам пациента существует лишь в отдельных странах, в частности в Нидерландах и Финляндии. Спорные вопросы между пациентом и лечебным учреждением в странах Западной Европы в основном решаются в рамках гражданского законодательства. Так, во Франции, Мальте, Швейцарии отношения между пациентом и врачом регулируются законодательством о контракте. Гражданским кодексом Австрии предусмотрено, что виновным лицом должны быть возмещена стоимость лечения, а также выплачен штраф пациенту, получившему увечье вследствие хирургической операции или лечения, включая побочные действия. В США пациент может добиться привлечения врача к гражданской ответ-

---

<sup>52</sup> СЗ РФ. 1998. № 14. Ст. 1514.

ственности по суду за допущенную небрежность и причинение ему вреда при проведении не только лечения, но и диагностики. Для защиты прав пациентов в данной стране довольно широко используется ответственность не за нарушение обязательств по контракту, а за причинение вреда в результате гражданского правонарушения. В соответствии с этим медицинское вмешательство, произведенное без предварительного согласия пациента, расценивается как насилие, даже если осуществить его было необходимо для лечения<sup>53</sup>.

Гражданские правоотношения в сфере обязательного медицинского страхования в России определяются ст. 1064 Гражданского кодекса Российской Федерации «Общие основания ответственности за причиненный вред». Нормативно-правовая база возмещения затрат за оказанную медпомощь может охватываться ст. 1068 ГК Российской Федерации «Ответственность юридического лица или гражданина за вред, причиненный его работником» и ст. 1081 ГК Российской Федерации «Право регресса к лицу, причинившему вред».

Принятие комментируемого Федерального закона породило новую правовую ситуацию. Регулирование мероприятий, направленных на реализацию прав застрахованных лиц на получение бесплатной медицинской помощи, является целью Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Указанный Порядок был утвержден приказом ФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» и зарегистрирован в Минюсте России 28.01.2011 № 19614. Им определяются правила и процедура организации и проведения страховыми медицинскими организациями и фондами обязательного медицинского страхования контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими

---

<sup>53</sup> Обеспечение и защита прав граждан в системе обязательного медицинского страхования. М., Федеральный Фонд ОМС. 2001. С. 9–10.



организациями в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. К такому контролю относятся мероприятия по проверке соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, реализуемые посредством медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи. Организация и проведение контроля качества медицинской помощи признается специалистами одним из основных разделов защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования. Как выясняется, основными нарушениями, выявляемыми при проведении экспертизы качества медицинской помощи, являлись: необоснованное завышение объема и стоимости оказанной медицинской помощи, оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, действия, препятствующие проведению оценки качества медицинской помощи, необоснованное назначение лекарственных средств по дополнительному лекарственному обеспечению отдельных категорий граждан. Объектом контроля выступали как организация, так и оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Субъектами контроля являются 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. При выявлении нарушений страховые медицинские организации и территориальные фонды обязательного медицинского страхования используют свои права по защите интересов застрахованных и могут требовать в установленном порядке от медицинской организации возмещения ущерба, причиненного застрахованному по вине организации или его работника. Таким образом, наличие третьей стороны в системе отношений застрахованного с другими участниками процесса медицинского обслуживания яв-

## Глава 2

ляется эффективным средством для регулирования взаимодействия двух основных сторон. Деятельность страховых медицинских организаций и территориальных фондов служит реальной основой для защиты прав пациентов и разрушает имевшуюся ранее ситуацию, когда пациент в одиночку противостоял системе здравоохранения.

Организационно-методическая деятельность по созданию эффективных механизмов защиты территориальными фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями прав застрахованных и организации контроля качества оказания медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования является одной из основных задач Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Так, например, гражданам представляется информация о показателях деятельности медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования, мониторинг которых осуществляют территориальные фонды ОМС и страховые медицинские организации, используя данные социологических исследований по удовлетворенности населения медицинской помощью, результаты мониторинга по форме № ПГ, рейтинги медицинских организаций. Фонды в соответствии с законодательством ведут базы данных в сфере обязательного медицинского страхования граждан.

Организация работы территориального фонда обязательного медицинского страхования и страховых организаций по обращениям и жалобам застрахованных осуществляется в соответствии с письмом ФОМС от 06.05.2009 № 1530/30-3/и «О рекомендациях ФОМС о порядке рассмотрения обращений граждан в системе обязательного медицинского страхования». Примерное положение «О порядке рассмотрения обращений граждан в территориальном фонде обязательного медицинского страхования» разработано на основании Федерального закона от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации»<sup>54</sup>, которым регулируются правоотношения, связанные с реализацией гражданином Российской Федерации

---

<sup>54</sup> СЗ РФ. 2006. № 19. Ст. 2060.

закрепленного за ним Конституцией Российской Федерации права на обращение в государственные органы и органы местного самоуправления. Указанное Положение устанавливает примерный порядок рассмотрения обращений граждан территориальными фондами обязательного медицинского страхования и его должностными лицами. Данный порядок распространяется на обращения граждан, поступившие в территориальные фонды обязательного медицинского страхования, а также на правоотношения, связанные с рассмотрением обращений иностранных граждан и лиц без гражданства.

Обеспечение информированности граждан о правах при получении медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования определяется методическими рекомендациями, утвержденными Приказом ФОМС от 08.05.2009 № 98 «Об утверждении рекомендаций «Об обеспечении информированности граждан о правах при получении медицинской помощи в условиях обязательного медицинского страхования», и письмом ФОМС от 21.10.2009 № 5225/30-5/и. Механизм реализации права граждан на конфиденциальность информации о факте обращения за медицинской помощью и иных передаваемых им при обращении за медицинской помощью сведений, на информированное добровольное согласие как предварительное условие для медицинского вмешательства и отказ от него, установленного Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, предусмотрен в Методических рекомендациях ФОМС от 27.10.1999 № 5470/30-3и «Обеспечение права граждан на соблюдение конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью и связанных с этим сведений, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от него».

В этой связи следует отметить, что с 1 января 2011 г. любой территориальный фонд обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации должен размещать на своем официальном сайте в сети «Интернет» реестр медицинских организаций, включающий наименования, адреса медицинских организаций и перечень услуг, оказываемых данными медицинскими организациями в рамках территориальной программы обязатель-

## Глава 2

ного медицинского страхования, а также реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в данном субъекте Российской Федерации. С 1 января 2011 г. и медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, обязаны размещать на своем официальном сайте в сети «Интернет» информацию о режиме работы и видах оказываемой медицинской помощи.

Отметим, что застрахованный гражданин может избрать досудебную защиту своих прав и интересов, обратившись в медицинские организации, страховые медицинские организации, территориальные фонды, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, профсоюзные организации, общество защиты прав потребителей и федеральные органы законодательной и исполнительной власти, участвующие в системе защиты прав застрахованных граждан. Данные субъекты обязаны вести учет писем, заявлений, жалоб, поступающих в их адрес, в едином порядке, обеспечивающем возможность отслеживания сроков прохождения и подготовки ответов на поступающую корреспонденцию. По обращению застрахованного страховые медицинские организации или территориальные фонды имеют право проводить экспертизу качества медицинской помощи в рамках контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении ОМС. При выявлении в результате разбора жалобы некачественных действий медицинских работников, повлекших за собой причинение вреда здоровью застрахованного, например, страховщик определяет размер ущерба и предъявляет медицинской организации претензию, включающую в себя возмещение размера вреда пострадавшему. Способы и механизм разрешения конфликтов, порядок разбора жалоб и возмещения вреда (ущерба), создания третейских судов отражены в Методических рекомендациях ФОМС от 27.04.1998 «Возмещение вреда (ущерба) застрахованным в случае оказания некачественной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования».

Следует отметить, что в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 03.12.2009 № 947н «Об утверждении Ад-

министративного регламента Федерального фонда обязательного медицинского страхования по исполнению государственной функции «Организация обеспечения своевременного и полного рассмотрения устных и письменных обращений граждан с уведомлением заявителей о принятии по ним решений и направлении ответов в установленный законодательством Российской Федерации срок», зарегистрированным в Минюсте России 15.01.2010 № 15974, исполнение данной государственной функции осуществляется ФОМС в отношении граждан Российской Федерации, а также иностранных граждан и лиц без гражданства, за исключением случаев, предусмотренных международным договором Российской Федерации или законодательством Российской Федерации.

Согласно п. 1 ст. 46 Конституции Российской Федерации, ст. 11 Гражданского кодекса Российской Федерации, Гражданскому процессуальному кодексу Российской Федерации каждому гарантируется судебная защита его прав и свобод. Граждане Российской Федерации имеют право на предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинской организации, в том числе на материальное и моральное возмещение причиненного по их вине ущерба. Размер компенсации морального вреда определяется судом и не зависит от размера возмещения материального вреда. Компенсация морального вреда осуществляется независимо от возмещения имущественного вреда и понесенных потребителем убытков.

Подготовка дел, связанных с защитой прав застрахованных, к судебному разбирательству осуществляется на основании Методических рекомендаций для структурных подразделений по защите прав застрахованных территориальных фондов обязательного медицинского страхования (СМО) по подготовке дел, связанных с защитой прав застрахованных, к судебному разбирательству, утвержденных приказом ФОМС от 11.10.2002 г. № 48.

Одним из направлений деятельности системы обязательного медицинского страхования по организации защиты прав застрахованных является применение регрессных исков по возмещению ущерба, причиненного застрахованным гражданам в

системе обязательного медицинского страхования вследствие противоправных действий третьих лиц. Перечень оснований для предъявления таких регрессных исков, а также порядок определения размеров и оформления таких исков регулируется Методическими рекомендациями «Оценка и возмещение затрат, связанных с оказанием медицинской помощи гражданам, пострадавшим в результате противоправных действий юридических и физических лиц», утвержденными ФОМС от 15.05.1998 № 2231/36-и.

Информирование населения о правах пациента осуществляется путем публичного — через средства массовой информации (телевидение, радио, интернет-ресурсы), а также индивидуального информирования — путем личного обеспечения пациентов справочным материалом по защите прав застрахованных (выпуск наглядных материалов — календари, брошюры и т.д., размещение информации о правах пациентов на страховом медицинском полисе обязательного медицинского страхования, в МО, СМО, ТФОМС). Особое место в организации информированности населения о правах граждан уделяется доступности информации о защите прав застрахованных в медицинских организациях. С этой целью СМО совместно с МО обеспечивают наличие информации по организации медицинской помощи в условиях обязательного медицинского страхования и защите прав застрахованных в приемных отделениях, регистратурах медицинских организаций.

Одна из форм защиты прав застрахованных лиц — это создание в медицинских организациях представительств страховых медицинских организаций, порядок организации работы которых рекомендован в Примерном положении о представителях СМО в лечебно-профилактических учреждениях системы обязательного медицинского страхования и письме ФОМС от 28.04.2008 № 2288/30-3 «О рекомендациях по изучению опыта работы Ростовского областного фонда ОМС и ТФОМС Санкт-Петербурга по организации защиты прав граждан в системе ОМС». Так, например, при организации мероприятий, направленных на изучение удовлетворенности граждан качеством оказанной медицинской помощи в конкретных медицинских орга-

низациях, работающих в системе обязательного медицинского страхования, рекомендуется проводить социологические опросы граждан для последующей оценки удовлетворенностью работой МО, оказывающих медицинскую помощь в условиях стационаров, амбулаторно-поликлинических учреждений и дневных стационаров различного типа, работающих в рамках реализации территориальных программ. Проведение социологических опросов регламентируется приказом ФОМС от 29.05.2009 № 118 «Об утверждении Методических рекомендаций «Организация проведения социологического опроса (анкетирования) населения об удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования». Во исполнение этого ФОМС осуществляет мониторинг состояния защиты прав граждан и контроля качества медицинской помощи, на основании которого детально анализирует и систематизирует основные показатели деятельности территориальных фондов и страховых медицинских организаций по вопросам организации защиты прав граждан и контроля качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования: основные причины обращений граждан, результаты досудебной и судебной защиты, контроль объемов и качества медицинской помощи, данные социологических опросов по удовлетворенности качеством медицинской помощи и информированию граждан.

Отчетность по защите прав застрахованных представляется СМО в ФОМС, ТФОМС в ФОМС в соответствии с приказом ФОМС от 14.08.2008 № 175 «Об утверждении формы ведомственного статистического наблюдения № ПГ и инструкции по ее заполнению», а также разъяснительными письмами ФОМС от 11.11.2008 № 6234/30-3/и и от 19.02.2009 № 828/30-и, определяющими методологические подходы к организации работы ТФОМС и СМО по представлению отчетности по защите прав граждан. Итоговые информационно-аналитические справки ФОМС с соответствующими рекомендациями направляются в ТФОМС.

Различного рода нарушения, связанные с необходимостью защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицин-

ского страхования, встречаются часто и влекут за собой исследуемые правовые последствия.

Нарушения касаются и деятельности медицинских организаций, и страховых организаций, и соответствующих фондов обязательного медицинского страхования. Так, например, решением Арбитражного суда Ставропольского края от 12.01.2007 г., оставленным без изменения постановлением суда апелляционной инстанции от 11.04.2007 г., ОАО «МСК «ЭМЭСК» отказано в удовлетворении заявления о признании незаконными решений исполнительного директора Ставропольского краевого фонда обязательного медицинского страхования от 15.03.2005 г. и от 05.04.2005 г. о признании факта оплаты медицинских услуг в сумме 45 718 руб. 48 коп. с использованием средств обязательного медицинского страхования не по назначению. Принимая указанные акты, суд исходил из доказанности факта нецелевого использования денежных средств, выразившегося в оплате услуг медицинского учреждения, не включенного в 2004 году в перечень работающих в системе обязательного медицинского страхования.

## **Статья 6. Полномочия Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, переданные для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации**

**1. К полномочиям Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, переданным для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации, относится организация обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации в соответствии с требованиями, установленными настоящим Федеральным законом, в том числе:**

**1) утверждение территориальных программ обязательного медицинского страхования, соответствующих единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования, и реализация базовой программы обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации в**



пределах и за счет субвенций, предоставленных из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования;

2) утверждение дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения обязательного медицинского страхования (далее — дифференцированные подушевые нормативы) на территориях субъектов Российской Федерации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования, утверждаемыми уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти (далее — правила обязательного медицинского страхования), для страховых медицинских организаций;

3) регистрация и снятие с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан;

4) администрирование доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, поступающих от уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения на территориях субъектов Российской Федерации;

5) контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации, в том числе проведение проверок и ревизий;

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

7) обеспечение прав граждан в сфере обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации;

8) ведение персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах в форме регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц, а также персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;

9) ведение отчетности в сфере обязательного медицинского страхования.

2. Финансовое обеспечение расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении переданных в соответствии с частью 1 настоящей статьи полномочий, осу-

ществляется за счет субвенций, предоставленных из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

3. Высшее должностное лицо субъекта Российской Федерации (руководитель высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации) при осуществлении переданных в соответствии с частью 1 настоящей статьи полномочий:

1) организует деятельность по осуществлению переданных полномочий в соответствии с федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации;

2) обеспечивает в установленном порядке:

а) принятие решения о создании в случае отсутствия на территории субъекта Российской Федерации некоммерческой организации — территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее — территориальный фонд);

б) утверждение структуры управления территориального фонда по согласованию с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее — Федеральный фонд);

в) назначение на должность и освобождение от должности руководителя территориального фонда по согласованию с Федеральным фондом;

3) обеспечивает в установленном порядке своевременное представление в уполномоченный Правительством Российской Федерации федеральный орган исполнительной власти (далее — уполномоченный федеральный орган исполнительной власти) и Федеральный фонд:

а) отчетности об осуществлении переданных полномочий, о расходовании предоставленных субвенций, достижении целевых прогнозных показателей (в случае, если такие показатели установлены) по установленной форме;

б) нормативных правовых актов, принимаемых органами государственной власти субъектов Российской Федерации по осуществлению переданных полномочий, в течение трех дней после дня их принятия;

в) сведений (в том числе баз данных), необходимых для ведения единого регистра застрахованных лиц;

г) сведений о прогнозных показателях по осуществлению переданных полномочий по установленной форме;

д) иной информации, предусмотренной настоящим Федеральным законом и (или) принятыми в соответствии с ним иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

**4. Контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования, обеспечивающих осуществление переданных в соответствии с частью 1 настоящей статьи полномочий, проводится Федеральным фондом, федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в финансово-бюджетной сфере, Счетной палатой Российской Федерации.**

**1.** В рамках ч. 1 данной статьи устанавливаются полномочия Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, переданные для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации, к которым относится организация обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации в соответствии с требованиями, установленными настоящим Федеральным законом, к их числу относятся:

Утверждение территориальных программ обязательного медицинского страхования, соответствующих единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования, и реализация базовой программы обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации в пределах и за счет субвенций, предоставленных из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

О территориальных программах обязательного медицинского страхования говорится в постановлении Правительства РФ от 04.10.2010 № 782 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год»<sup>55</sup>.

Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на

---

<sup>55</sup> СЗ РФ. 2010. № 41 (2 ч.). Ст. 5239.

2011 г. определяет виды и условия оказания медицинской помощи, нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансового обеспечения, порядок формирования и структуру тарифов на медицинскую помощь, а также предусматривает критерии качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой гражданам Российской Федерации на территории Российской Федерации бесплатно.

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с Программой разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи на 2011 г. (включая территориальные программы обязательного медицинского страхования).

Также во исполнение п. 2 постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2010 г. № 782 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год» Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации дает разъяснения некоторых вопросов формирования и экономического обоснования территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 г. в информационном письме Минздравсоцразвития РФ от 17.12.2010 № 20-2/10/2-12028 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год»<sup>56</sup>.

2. Утверждение дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования, утверждаемыми уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти, для страховых медицинских организаций.

---

<sup>56</sup> Документ опубликован не был.

В качестве примера установления такого рода нормативов можно привести форму договора о финансировании обязательного медицинского страхования по Московской области, утвержденную приказом Московского областного фонда обязательного медицинского страхования от 11.12.2009 № 256 «Об утверждении форм договоров о финансировании ОМС и на предоставление лечебно-профилактической помощи по обязательному медицинскому страхованию»<sup>57</sup>, в котором содержится положение о том, что фонд до 30-го числа месяца, предшествующего текущему кварталу, доводит до сведения страховщика утвержденные на текущий квартал правлением фонда дифференцированные подушевые нормативы финансового обеспечения обязательного медицинского страхования. Фонд предоставляет Страховщику шкалы тарифов на медицинскую помощь, входящую в обязательное медицинское страхование, не позднее 10 дней после их утверждения.

Регистрация и снятие с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан также отнесено к полномочиям Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, переданным для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации.

Страхователями по обязательному медицинскому страхованию являются уполномоченные органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации. Приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.12.2010 № 1168н «Об утверждении Порядка регистрации и снятия с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан территориальными фондами обязательного медицинского страхования»<sup>58</sup> регламентирована процедура регистрации и снятия с регистрационного учета данных страхователей в ТФОМС, определен перечень документов, необходимых для регистрации/снятия с учета, установлен порядок внесения изменений в сведения, указанные при регистрации. В приложениях к порядку содержатся формы документов, применяемых в указанных процедурах (заявление страхователя, журнал регис-

---

<sup>57</sup> Документ опубликован не был.

<sup>58</sup> Российская газета. 2011. № 17.

трации и снятия с учета, свидетельство о регистрации в качестве страхователя).

**3.** Администрирование доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, поступающих от уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения на территориях субъектов Российской Федерации.

Данное полномочие реализуется соответствии со ст. 160.1 Бюджетного кодекса Российской Федерации, устанавливающей бюджетные полномочия главного администратора (администратора) доходов бюджета, а также на основании постановления Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2007 г. № 995 «О порядке осуществления федеральными органами государственной власти, органами управления государственными внебюджетными фондами Российской Федерации и (или) находящимися в их ведении бюджетными учреждениями, а также Центральным банком Российской Федерации бюджетных полномочий главных администраторов доходов бюджетов бюджетной системы Российской Федерации»<sup>59</sup>, Приказа Минфина РФ от 28.12.2010 № 190н «Об утверждении Указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации»<sup>60</sup>.

**4.** Контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации, в том числе проведение проверок и ревизий.

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации осуществляют контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования субъектами обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации путем проведения проверок деятельности страховых медицинских организаций и их филиалов, медицинских учреждений.

---

<sup>59</sup> СЗ РФ. 2008. № 2. Ст. 116.

<sup>60</sup> Финансовая газета. 2011. № 7

Осуществляют контроль за соблюдением обязательств по заключенным договорам со страховыми медицинскими организациями и их филиалами, медицинскими учреждениями.

Осуществляют контроль за использованием средств, направленных на обеспечение финансирования расходов, установленных законодательными актами Российской Федерации, передающими полномочия органов государственной власти Российской Федерации в области оказания дополнительных медицинских услуг или иных расходов, реализация которых предусмотрена через фонды обязательного медицинского страхования.

Разрабатывают меры по устранению нарушений и недостатков, выявленных в результате проверок и ревизий, осуществляют контроль за ходом устранения нарушений и недостатков, а также готовят рекомендации по совершенствованию контрольно-ревизионной деятельности.

5. Осуществление расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования.

Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи осуществляет расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, не позднее 25 дней с даты представления счета медицинской организацией с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Территориальный фонд субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, осуществляет возмещение средств территориальному фонду по месту оказания медицинской помощи не позднее 25 дней с даты получения счета, предъявленного территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи, в соответствии с тарифами на оплату медицинской помощи, установленными для меди-

цинской организации, оказавшей медицинскую помощь, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Порядок осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, определяется правилами обязательного медицинского страхования.

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

**6.** Ведение персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах в форме регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц, а также персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам.

Персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, включает в себя сбор, обработку, передачу и хранение определенных сведений о застрахованных лицах оказанной им медицинской помощи (см. комментарий к ст. 44 Закона).

Сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи могут предоставляться как в виде документов в письменной форме, так и в электронной форме при наличии гарантий их достоверности (подлинности), защиты от несанкционированного доступа и искажений в соответствии с установленными законодательством Российской Федерации требованиями по защите персональных данных. В этом случае юридическая сила представленных документов подтверждается электронной цифровой подписью в соответствии с законодательством Российской Федерации. Решение о возможности представления ин-



формации в электронной форме принимается совместно участниками информационного обмена.

Страховые медицинские организации и медицинские организации хранят копии бумажных документов и электронные архивы, содержащие персонифицированные сведения о застрахованных лицах и оказанной им медицинской помощи, представляемые в территориальный фонд обязательного медицинского страхования для персонифицированного учета, по правилам организации государственного архивного дела.

После истечения срока, установленного для хранения копий документов на бумажном и электронном носителях в страховой медицинской организации, они подлежат уничтожению в соответствии с законодательством Российской Федерации на основании акта об их уничтожении, утверждаемого руководителем страховой медицинской организации.

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

В целях упорядочения ведения учета и отчетности в условиях взаимодействия органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и территориальных фондов обязательного медицинского страхования в учреждениях здравоохранения системы Минздрава России была введена временная, сроком на 1 год, учетная и отчетная медицинская документация, утвержденная Приказом Минздрава России от 20.02.2002 № 60 «О введении временной учетно-отчетной медицинской документации»<sup>61</sup>.

Анализ работы с данными формами подтвердил необходимость перехода учреждений здравоохранения на систему учета, отвечающую требованиям работы отрасли в современных экономических условиях и внедрением в деятельность учреждений здравоохранения ресурсосберегающих технологий. Формы учетной документации утверждены приказом Минздрава РФ от

---

<sup>61</sup> Здравоохранение. 2002. № 5.

30.12.2002 № 413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации»<sup>62</sup>.

Часть 2 комментируемой статьи содержит положения о финансовом обеспечении расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении переданных в соответствии с ч. 1 настоящей статьи полномочий, осуществляется за счет субвенций, предоставленных из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

В соответствии со ст. 14 Бюджетного кодекса Российской Федерации каждый субъект Российской Федерации имеет собственный бюджет. Бюджет субъекта РФ (региональный бюджет) предназначен для исполнения расходных обязательств субъекта РФ. Использование органами государственной власти субъектов РФ иных форм образования и расходования денежных средств для исполнения расходных обязательств субъектов РФ не допускается.

Проект бюджета субъекта РФ составляется и утверждается сроком на один год (на очередной финансовый год) или сроком на три года (очередной финансовый год и плановый период) в соответствии с законом субъекта РФ. В случае, если проект бюджета субъекта РФ составляется и утверждается на очередной финансовый год, высший исполнительный орган государственной власти субъекта РФ разрабатывает и утверждает среднесрочный финансовый план субъекта РФ.

В отличие от Российской Федерации, обязанной утверждать федеральный бюджет на очередной финансовый год и плановый период, субъекту Российской Федерации предоставлено право выбора утверждать бюджет на очередной финансовый год либо на очередной финансовый год и плановый период.

Расходные обязательства устанавливаются в отраслевых законах, регулирующих конкретную сферу правоотношений, в которых должен быть определен бюджет, за счет которого подлежат исполнению соответствующие расходные обязательства.

---

<sup>62</sup> Здравоохранение. 2003. № 3.

Частью 4 настоящей статьи к полномочиям, переданным для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации, относится контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования. То есть фактически речь идет об организации и проведении финансового контроля со стороны органов государственной власти субъектов Российской Федерации в отношении средств обязательного медицинского страхования.

Государственный финансовый контроль представляет собой регламентированную деятельность государственных органов власти и управления по проверке финансовых операций, связанных с образованием централизованных и децентрализованных денежных фондов.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 25 июля 1996 г. № 1095 «О мерах по обеспечению государственного финансового контроля в Российской Федерации»<sup>63</sup> государственный финансовый контроль включает контроль за:

- использованием федерального бюджета и бюджетов федеральных внебюджетных фондов;
- организацией денежного обращения;
- использованием кредитных ресурсов;
- состоянием государственного внутреннего и внешнего долга, государственных резервов;
- предоставлением финансовых, налоговых льгот и преимуществ.

Вместе с тем в соответствии с уставом Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 29.07.1998 № 857 «Об утверждении устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования» утвержден приказ ФОМС от 09.12.1999 № 105 «Об обеспечении рационального использования средств системы обязательного медицинского страхования»<sup>64</sup>.

---

<sup>63</sup> СЗ РФ. 1996. № 31. Ст. 3696.

<sup>64</sup> Нормативные акты по финансам, налогам, страхованию и бухгалтерскому учету. 2000. № 3.

Органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и исполнительно-распорядительными органами (должностными лицами) муниципальных образований при организации и осуществлении финансового контроля может применяться приказ Минфина РФ от 25.12.2008 № 146н «Об обеспечении деятельности по осуществлению государственного финансового контроля»<sup>65</sup>.

**Статья 7. Права и обязанности уполномоченного федерального органа исполнительной власти и Федерального фонда по осуществлению переданных полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования органами государственной власти субъектов Российской Федерации.**

1. Уполномоченный федеральный орган исполнительной власти осуществляет следующие права и обязанности по осуществлению полномочий, переданных в соответствии с частью 1 статьи 6 настоящего Федерального закона:

1) издает нормативные правовые акты и методические указания по осуществлению органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий;

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

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

а) об устранении выявленных нарушений;

б) о привлечении к установленной законодательством Российской Федерации ответственности должностных лиц органов госу-

---

<sup>65</sup> Российская газета. 2009. № 36.

дарственной власти субъектов Российской Федерации и территориальных фондов;

4) готовит и направляет высшему должностному лицу субъекта Российской Федерации (руководителю высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации) предложения об отстранении от должности должностных лиц органов государственной власти субъектов Российской Федерации и территориальных фондов;

5) вправе устанавливать целевые прогнозные показатели по осуществлению переданных полномочий;

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

7) определяет порядок ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования;

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

9) устанавливает порядок возмещения субвенций, предоставленных из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов для осуществления соответствующих полномочий;

10) осуществляет иные установленные настоящим Федеральным законом и другими федеральными законами полномочия.

2. Федеральный фонд осуществляет следующие права и обязанности по осуществлению полномочий, переданных в соответствии с частью 1 статьи 6 настоящего Федерального закона:

1) издает нормативные правовые акты и методические указания по осуществлению территориальными фондами переданных полномочий;

2) предоставляет субвенции из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов для финансового обеспечения осуществления полномочий, переданных в соответствии с частью 1 статьи 6 настоящего Федерального закона;

3) осуществляет контроль за уплатой страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, в том числе проводит проверку деятельности территориальных фондов по выполнению функций администратора доходов бюджета Федерального фонда, поступающих от уплаты страховых взносов

на обязательное медицинское страхование неработающего населения, вправе начислять и взыскивать со страхователей для неработающих граждан недоимку по указанным страховым взносам, пени и штрафы;

4) устанавливает формы отчетности в сфере обязательного медицинского страхования и порядок ее ведения;

5) устанавливает порядок осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам (далее также — контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи);

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

7) осуществляет контроль за функционированием информационных систем и порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования;

8) согласовывает структуру территориальных фондов, назначение на должность и освобождение от должности руководителей территориальных фондов, а также нормативы расходов на обеспечение выполнения территориальными фондами своих функций.

1. Отношения, о которых идет речь в комментируемой статье, регулируются Федеральным законом от 06.10.1999 № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации»<sup>66</sup>.

Общие правила передачи полномочий можно сформулировать таким образом:

— передача полномочий осуществляется федеральным законом;

— осуществление органом государственной власти переданного полномочия осуществляется за счет субвенций из федерального бюджета;

---

<sup>66</sup> СЗ РФ. 1999. № 42. Ст. 5005.

– права и обязанности по осуществлению переданных полномочий возлагаются на высшее должностное лицо субъекта Российской Федерации (руководителя высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации);

– высшее должностное лицо субъекта Российской Федерации (руководитель высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации) вправе назначать руководителей органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации, осуществляющих переданные полномочия, и определять структуру органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации, осуществляющих переданные полномочия;

– федеральные органы исполнительной власти осуществляют контроль и надзор за осуществлением органами государственной власти субъекта Российской Федерации соответствующих полномочий;

– высшее должностное лицо субъекта Российской Федерации или высший исполнительный орган государственной власти субъекта Российской Федерации представляет отчет по установленной форме об осуществлении переданных полномочий, в том числе о достижении целевых прогнозных показателей и расходовании субвенций из федерального бюджета;

– в случае ненадлежащего осуществления переданных полномочий последние могут быть изъяты у органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации;

– также в случае ненадлежащего осуществления переданных полномочий субвенции, предоставленные бюджету субъекта Российской Федерации для осуществления соответствующих полномочий, должны быть возмещены.

К уполномоченному федеральному органу исполнительной власти по осуществлению переданных полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования органами государственной власти субъектов Российской Федерации относится Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

К федеральному фонду, осуществляющему права и обязанности по осуществлению полномочий, переданных в соответствии с

ч. 1 ст. 6 настоящего закона, относится Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.

В целях обеспечения реализации Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и в соответствии со ст. 5 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан Правительством Российской Федерации издано постановление от 15.02.2011 № 74 «О правилах обязательного медицинского страхования»<sup>67</sup>.

## **Статья 8. Полномочия органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования**

**К полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования относятся:**

- 1) уплата страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения;**
- 2) установление в территориальных программах обязательного медицинского страхования дополнительных объемов страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, а также дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования;**
- 3) финансовое обеспечение и реализация территориальных программ обязательного медицинского страхования в размере, превышающем размер субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов;**
- 4) утверждение бюджетов территориальных фондов и отчетов об их исполнении.**

### **1. Уплата страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.**

В соответствии с подп. 22 п. 2 ст. 26.3 Федерального закона от 06.10.1999 № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законо-

---

<sup>67</sup> Российская газета. 2011. № 35.



дательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации»<sup>68</sup> к полномочиям органов государственной власти субъекта Российской Федерации по предметам совместного ведения, осуществляемым данными органами самостоятельно за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации, относится уплата страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Указанные полномочия органов государственной власти субъекта Российской Федерации базируются на положениях ч. 2 ст. 11 комментируемого Федерального закона, устанавливающей, что страхователями для неработающих граждан являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации. Указанные страхователи являются плательщиками страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Данные положения закона касаются категорий граждан, относящихся к неработающему населению, а ими являются: 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 соответствии с законодательством занятости; один из родителей или опекунов, занятый уходом за ребенком до достижения им возраста трех лет; трудоспособные граждане, занятые уходом за детьми-инвалидами, инвалидами I группы, лицами, достигшими возраста 80 лет, и иные не работающие по трудовому договору и не указанные в подпунктах «а»–«е» настоящего пункта граждане, за исключением военнослужащих и приравненных к ним в организации оказания медицинской помощи лиц.

---

<sup>68</sup> СЗ РФ. 1999. № 42. Ст. 5005.

Платежи на обязательное медицинское страхование неработающего населения производятся органами исполнительной власти, являющимися в соответствии со ст. 158 Бюджетного кодекса Российской Федерации главными распорядителями бюджетных средств, в пределах средств, предусмотренных в соответствующих бюджетах на здравоохранение. Годовой объем бюджетных ассигнований на обязательное медицинское страхование неработающего населения утверждается законом о бюджете субъекта Российской Федерации. При этом годовой объем бюджетных ассигнований, предусмотренных бюджетом субъекта Российской Федерации на обязательное медицинское страхование неработающего населения, не может быть меньше произведения численности неработающих застрахованных лиц на 1 апреля года, предшествующего очередному, в субъекте Российской Федерации и тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения, установленного федеральным законом.

Период, порядок и сроки уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения также устанавливаются федеральным законом согласно ст. 24 комментируемого Федерального закона. Кроме того, правоотношения, связанные с порядком уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, регулируются подзаконными нормативными актами. Так, с 1 января 2011 г. вступил в силу приказ Минздравсоцразвития России от 23.12.2010 № 1169н «Об утверждении формы расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения». Форма расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения имеет три раздела: I. Расчет по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения; II. Сведения о состоянии задолженности (переплаты) по страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения, пеням и штрафам, образовавшейся по состоянию на 1 января 2011 года до вступления в силу Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обяза-

тельном медицинском страховании в Российской Федерации»; III. Сведения о состоянии задолженности (переплаты) по страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения, пеням и штрафам, образовавшейся по состоянию на 1 января 2012 года до вступления в силу отдельных положений Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

**2. Установление в территориальных программах обязательного медицинского страхования дополнительных объемов страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, а также дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования.**

В соответствии с п. 1 ст. 36 комментируемого Федерального закона территориальная программа обязательного медицинского страхования представляет собой составную часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой в порядке, установленном законодательством субъекта Российской Федерации. Территориальная программа обязательного медицинского страхования формируется в соответствии с требованиями, установленными базовой программой обязательного медицинского страхования.

Федеральный закон от 06.10.1999 № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» относит к полномочиям органов государственной власти субъекта Российской Федерации по предметам совместного ведения, осуществляемым данными органами самостоятельно за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации за исключением субвенций из федерального бюджета, организацию оказания медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации в соответствии с территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской

помощи за исключением медицинской помощи, оказываемой в федеральных медицинских учреждениях, перечень которых утверждается уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти (подп. 21 п. 2 ст. 26.3).

Во исполнение законодательных установок в субъектах Российской Федерации приняты территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, реализуемые в 2011 г. Формы принятия территориальных программ различны, к ним относятся: законы (Краснодарский край); постановления губернатора (Владимирская область); постановления Законодательного Собрания (Вологодская область); а также постановления Правительства (Республика Хакасия, Нижегородская область). Например, в Законе Краснодарского края от 07.12.2010 г. «О территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Краснодарском крае на 2011 год» установлены дополнительные условия оказания медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий. Например, дневные стационары всех типов организуются для лечения больных с острыми и хроническими заболеваниями, в стадии обострения которым показана лечебно-профилактическая помощь в дневное время, а также если состояние этих больных не требует круглосуточного наблюдения и интенсивных методов диагностики и лечения; лечение пациентов в дневном стационаре производится по направлению врача амбулаторно-поликлинического учреждения (подразделения) и врача стационара.

В территориальных программах субъектов Российской Федерации предусмотрена дополнительная бесплатная медицинская помощь, включающая обеспечение отдельных категорий граждан лекарственными средствами. Финансирование указанной медицинской помощи осуществляется за счет средств, передаваемых из федерального бюджета, исходя из норматива финансовых затрат на одного гражданина, имеющего право на государственную социальную помощь в виде набора социальных услуг, включен-

ного в федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи.

### **3. Финансовое обеспечение и реализация территориальных программ обязательного медицинского страхования в размере, превышающем размер субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов**

Под субвенциями бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования согласно ст. 133.2 Бюджетного кодекса Российской Федерации понимаются межбюджетные трансферты, предоставляемые бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования в целях финансового обеспечения расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при выполнении полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, переданных для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации федеральными законами.

Субвенции бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования распределяются в соответствии с методикой, утверждаемой Правительством Российской Федерации. Методика распределения субвенций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования и проект распределения субвенций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования вносится в Государственную Думу в проекте федерального закона о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год и плановый период и утверждается при рассмотрении проекта указанного федерального закона во втором чтении.

Согласно абз. 16 п. 7 ст. 26.3 Федерального закона от 06.10.1999 № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» органы государственной власти субъектов Российской Федерации имеют

право дополнительно использовать собственные материальные ресурсы и финансовые средства для осуществления переданных им полномочий в порядке, установленном законом субъекта Российской Федерации. Объем расходования дополнительных финансовых средств устанавливается законом субъекта Российской Федерации о бюджете и законом субъекта Российской Федерации о бюджете фонда обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации. Финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи осуществляется посредством межбюджетных трансфертов, перечисляемых из бюджета субъекта Российской Федерации бюджету территориального фонда обязательного медицинского страхования. В качестве примера можно указать постановление администрации Алтайского края от 04.02.2011 № 48 «Об утверждении Положения о Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Алтайского края», в соответствии с п. 4.1 которого к доходам бюджета Территориального фонда относятся: межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета Федерального фонда в соответствии с законодательством Российской Федерации; платежи Алтайского края как субъекта Российской Федерации на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»; платежи Алтайского края как субъекта Российской Федерации на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»; доходы от размещения временно свободных средств; межбюджетные трансферты, передаваемые из краевого бюджета в случаях, установленных законом Алтайского края; начисленные пени и штрафы, подлежащие зачислению в бюджет Территориального фонда в соответствии с законодательством Российской Феде-

рации, и иные предусмотренные законодательством Российской Федерации источники.

Таким образом, в случае если финансовое обеспечение реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования превышает размер субвенций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, то оно осуществляется органами государственной власти субъектов Российской Федерации самостоятельно за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

#### **4. Утверждение бюджетов территориальных фондов и отчетов об их исполнении.**

Полномочие органов государственной власти субъектов Российской Федерации, закрепленное в п. 4 комментируемой статьи, раскрывается в статьях Бюджетного кодекса Российской Федерации. Общие принципы организации и деятельности государственных внебюджетных фондов установлены гл. 17 Бюджетного кодекса Российской Федерации. К их числу относятся: бюджет Пенсионного фонда Российской Федерации, бюджет Фонда социального страхования Российской Федерации, бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования, а также бюджеты территориальных государственных внебюджетных фондов, которыми являются бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования (ст. 144 Бюджетного кодекса Российской Федерации). По аналогии с бюджетами субъектов Российской Федерации бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования облекаются в правовую форму закона субъекта Российской Федерации. Порядок составления, представления и утверждения бюджетов государственных внебюджетных фондов определен в ст. 145 Бюджетного кодекса Российской Федерации. Проекты бюджетов территориальных государственных внебюджетных фондов представляются высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации на рассмотрение законодательных (представительных) органов государственной власти субъектов Российской Федерации одновременно с проектами законов субъектов Рос-

сийской Федерации о бюджетах субъектов Российской Федерации и утверждаются в форме законов субъектов Российской Федерации не позднее принятия законов субъектов Российской Федерации о бюджетах субъектов Российской Федерации. Аналогичные положения также закреплены в ст. 11 Бюджетного кодекса Российской Федерации, а также в подп. «е» п. 2 ст. 5 Федерального закона от 06.10.1999 № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации».

Порядок рассмотрения проектов законов субъектов Российской Федерации о бюджетах территориальных государственных внебюджетных фондов определяется законами соответствующих субъектов Российской Федерации. Органы государственного финансового контроля, создаваемые законодательными (представительными) органами государственной власти субъектов Российской Федерации, проводят экспертизу проектов бюджетов и территориальных государственных внебюджетных фондов.

Правовой механизм составления отчетов об исполнении бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования регламентируется ст. 149 Бюджетного кодекса Российской Федерации. Отчет об исполнении бюджета территориального государственного внебюджетного фонда составляется органом управления фондом и представляется в высший исполнительный орган государственной власти субъекта Российской Федерации.

Ежегодно не позднее 15 апреля текущего года высший исполнительный орган государственной власти субъекта Российской Федерации представляет отчет об исполнении бюджета территориального государственного внебюджетного фонда в орган государственного финансового контроля субъекта Российской Федерации, созданный законодательным (представительным) органом государственной власти субъекта Российской Федерации, для подготовки заключения на него.

Орган государственного финансового контроля субъекта Российской Федерации проводит проверку отчета об исполнении бюджета территориального государственного внебюджетного



фонда, готовит заключение на него в течение 1,5 месяца и представляет соответствующее заключение законодательному (представительному) органу государственной власти субъекта Российской Федерации.

Высший исполнительный орган государственной власти субъекта Российской Федерации представляет отчет об исполнении бюджета территориального государственного внебюджетного фонда законодательному (представительному) органу государственной власти субъекта Российской Федерации за отчетный финансовый год не позднее 1 июня текущего года одновременно с проектом закона субъекта Российской Федерации об исполнении бюджета территориального государственного внебюджетного фонда и иной бюджетной отчетностью об исполнении бюджета территориального государственного внебюджетного фонда.

## **Глава 3**

### **Субъекты обязательного медицинского страхования и участники обязательного медицинского страхования**

#### **Статья 9. Субъекты обязательного медицинского страхования и участники обязательного медицинского страхования**

**1. Субъектами обязательного медицинского страхования являются:**

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

**2. Участниками обязательного медицинского страхования являются:**

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

Комментируемая статья устанавливает круг лиц, участвующих в обязательном медицинском страховании. Правовое регулиро-

вание обязательного медицинского страхования в этой части подверглось существенной корректировке по сравнению с ранее действующим Законом РФ от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

Во-первых, в качестве лиц, участвующих в обязательном медицинском страховании, впервые названы Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования.

Во-вторых, Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» подразделяет правовые личности, действующие в сфере обязательного медицинского страхования, на две категории: субъекты обязательного медицинского страхования и участники обязательного медицинского страхования. К первым отнесены застрахованные лица, страхователи и страховщик в лице Федерального фонда, ко вторым — территориальные фонды, страховые медицинские организации и медицинские организации.

Правовой доктрине и практике (нормотворческой и правоприменительной) известно употребление как термина «субъект правоотношения», так и термина «участник правоотношения». В большинстве случаев они применяются как тождественные. Вместе с тем, в литературе были высказаны мнения о дифференциации понятий, обозначаемых названными терминами. Так, например, Р.О. Халфина<sup>69</sup> отграничивала понятие участника правоотношения как более узкое и конкретное, подчиненное по отношению к понятию субъекта права. При этом она исходила из того, что нормы, определяющие положение субъекта права, реализуются в первую очередь создавая правовой статус, а выделение более узкого понятия «участника правоотношения» позволяет охарактеризовать определенную сторону реального бытия субъекта права — его участие в конкретных общественных отношениях.

Для верного уяснения системы понятий, используемых в правовом регулировании обязательного медицинского страхования, и соотношения названных элементов системы необходимо обращение к Федеральному закону от 16.07.1999 № 165-ФЗ «Об осно-

---

<sup>69</sup> См.: Халфина Р.О. Общее учение о правоотношении. М., Юрид. лит. 1974. С. 75.

вах обязательного социального страхования», являющемуся базовым актом в сфере социального страхования, нормы которого выступают общими по отношению к специальному правовому регулированию обязательного медицинского страхования как разновидности обязательного социального страхования. Названный закон в том числе определяет правовое положение субъектов обязательного социального страхования (абз. 1 ст. 1 Федерального закона от 16.07.1999 № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования») и дефинирует термин «субъекты обязательного медицинского страхования» следующим образом: «субъекты обязательного медицинского страхования — участники отношений по обязательному социальному страхованию» (ч. 1 ст. 6 Федерального закона от 16.07.1999 № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования»). Содержащееся в приведенном легальном определении утверждение о том, что всякий субъект обязательного социального страхования является его участником, не означает, однако, что всякий участник выступает субъектом обязательного социального страхования.

Таким образом, системное толкование норм вышеназванных законов позволяет выявить следующие отношения между понятиями «участник» и «субъект» обязательного медицинского страхования: понятие «участник» обязательного медицинского страхования в смысле, придаваемом ему комментируемой нормой, шире понятия «субъект» обязательного медицинского страхования, в то же время не всякий участник обязательного медицинского страхования является его субъектом.

Деление лиц, участвующих в обязательном медицинском страховании, на субъектов и участников призвано подчеркнуть различие в их правовом положении. Вводя Федеральный фонд в число субъектов обязательного медицинского страхования, Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» одновременно определил его роль в системе социального страхования: Федеральный фонд выступает страховщиком. Так законодатель закрепил свой взгляд на природу Федерального фонда как элемента системы обязательного медицинского страхования. Триаду субъектов в отношении по обязательному медицинскому страхованию составляют, таким обра-

зом, страховщик в лице Федерального фонда, страхователь и застрахованное лицо.

Территориальные фонды обязательного медицинского страхования и страховые медицинские организации наделяются лишь правом осуществлять отдельные полномочия страховщика. Первые — в части реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы в соответствии с законом, вторые — в соответствии с законом и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключенным между территориальным фондом и страховой медицинской организацией. Следовательно, участие территориальных фондов и страховых медицинских организаций в обязательном медицинском страховании является производным по отношению к самостоятельной и первичной правосубъектности Федерального фонда.

Таким способом законодатель попытался разрешить проблему расщепления правовой личности страховщика между тремя группами субъектов, осуществляющими управление организацией и финансированием обязательного медицинского страхования на разных уровнях: Федеральным фондом, территориальными фондами и страховыми медицинскими организациями, существовавшими в рамках прежнего правового упорядочения соответствующих отношений.

Вместе с тем право застрахованного лица (субъекта обязательного медицинского страхования) на бесплатное оказание медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования непосредственно реализуется в рамках договорных отношений между участниками обязательного медицинского страхования.

Новый Закон сохранил страховые медицинские организации в качестве специфического участника отечественной системы обязательного медицинского страхования. Их наличие в системе расценивается экономистами как средство обеспечения участия в обязательном медицинском страховании субъектов, экономически заинтересованных в защите прав пациентов и в повышении эффективности использования ресурсов системы здравоохранения, достигаемой благодаря конкуренции страховщиков

друг с другом. Вместе с тем имевшие место дефекты правового регулирования приводили к тому, что в большинстве своем они выполняли функции пассивных посредников, обслуживающих движение финансовых средств от фондов обязательного медицинского страхования к медицинским учреждениям. На обеспечение более эффективного воздействия на соответствующий сегмент отношений в целях развития конкуренции между страховыми медицинскими организациями и стимулирования активного их участия в обязательном медицинском страховании направлена в том числе важнейшая новелла Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», устанавливающая право застрахованного лица на выбор страховой медицинской организации и ее замену (п. 2, 3 ч. 1 ст. 16 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»).

С точки зрения теории страхования в качестве положительно измененная следует отметить то, что в новом законе вместо гражданина как субъекта обязательного медицинского страхования поименовано застрахованное лицо, поскольку этот термин точнее выражает правовой статус и относительное положение данного элемента в системе обязательного медицинского страхования.

Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» разрешает допуск к обязательному медицинскому страхованию любой медицинской организации независимо от ее организационно-правовой формы, а не только учреждениям.

В комментируемой статье не указан такой участник обязательного медицинского страхования, как индивидуальный предприниматель. Однако из содержания ст. 15 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» следует, что термин «медицинские организации» толкуется расширительно и охватывает не только юридические лица, но и индивидуальных предпринимателей, занимающихся частной медицинской практикой. Таким образом, участниками обязательного медицинского страхования являются и индивидуальные предприниматели.

## Статья 10. Застрахованные лица

Застрахованными лицами являются граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей в соответствии с Федеральным законом от 25 июля 2002 года № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»:

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

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

3) являющиеся членами крестьянских (фермерских) хозяйств;

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

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 в образовательных учреждениях начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования;

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

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

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

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

Статья 10 устанавливает перечень лиц, являющихся застрахованными в сфере обязательного медицинского страхования. Круг указанных субъектов достаточно широк, что соответствует зарубежной законодательной практике, особенно в части распространения режима обязательного медицинского страхования на иностранных граждан. Вместе с тем указанный перечень предусматривает ряд ограничений для отдельных категорий лиц, которые не могут быть застрахованными в сфере обязательного медицинского страхования. К ним относятся: 1) высококвалифицированные специалисты и члены их семей в соответствии с Федеральным законом от 25.07.2002 № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»<sup>70</sup>. Высококвалифицированным специалистом признается иностранный гражданин, имеющий опыт работы, навыки или достижения в конкретной области деятельности, если условия привлечения его к трудовой деятельности в Российской Федерации предполагают получение им заработной платы (вознаграждения):

а) в размере не менее одного миллиона рублей из расчета за один год (365 календарных дней) — для высококвалифицированных специалистов, являющихся научными работниками или преподавателями, в случае их приглашения для занятия научно-исследовательской или преподавательской деятельностью, имеющими государственную аккредитацию высшими учебными заведениями, государственными академиями наук или их региональными отделениями, национальными исследовательскими центрами либо государственными научными центрами. Отметим, что для привлечения таких лиц работодателю не требуется разрешение на использование труда иностранцев (подп. 8 п. 4 ст. 13 Федерального закона от 25.07.2002 № 115-ФЗ);

б) без учета требования к размеру заработной платы — для иностранных граждан, участвующих в реализации проекта «Сколково»;

в) в размере не менее двух миллионов рублей из расчета за один год (365 календарных дней) — для иных иностранных граждан.

---

<sup>70</sup> Российская газета. № 140. 31 июля 2002 г.



Кроме того, в п. 1.2 ст. 13.2 Федерального закона от 25.07.2002 № 115-ФЗ определено, что высококвалифицированными специалистами не признаются лица, которые ведут проповедническую либо иную религиозную деятельность.

Высококвалифицированный специалист и прибывшие в Российскую Федерацию члены его семьи, являющиеся иностранными гражданами, а к ним относятся супруг, дети, не достигшие возраста восемнадцати лет, а также нетрудоспособные дети, достигшие указанного возраста и находящиеся на иждивении такого высококвалифицированного специалиста, со дня их въезда в Российскую Федерацию должны быть застрахованы по договору добровольного медицинского страхования. Обеспечение медицинского страхования высококвалифицированного специалиста является одним из основных условий заключаемого с ним трудового договора. Из этого следует, что в случае заключения с высококвалифицированным специалистом гражданско-правового договора бремя по страхованию по договору добровольного медицинского страхования может быть возложено на иностранного гражданина за собственный счет (то же касается и членов его семьи);

2) военнослужащие и приравненные к ним в организации оказания медицинской помощи лица<sup>71</sup>.

Граждане, уволенные с военной службы, подлежат обязательному медицинскому страхованию. Военнослужащие, занимающиеся разрешенным для них видом оплачиваемой деятельности — педагогической, научной и иной творческой деятельностью, если она не препятствует исполнению обязанностей военной службы, не подлежат обязательному медицинскому страхованию.

---

<sup>71</sup> См.: Федеральный закон от 27.05.1998 № 76-ФЗ «О статусе военнослужащих» // Российская газета. № 104. 2 июня 1998 г.; Письмо ФОМС от 31.07.2001 № 2971/30-3и «Об оплате медицинской помощи военнослужащим, занимающимся другой оплачиваемой деятельностью» // Здравоохранение. 2003. № 2; решение Верховного Суда РФ от 10.11.2010 № ВКГПИ10-56 «Об оставлении без удовлетворения заявления об оспаривании пункта 1 постановления Правительства РФ от 26.09.1994 г. № 1093 и пункта 2 постановления Правительства РФ от 31.12.2004 г. № 911» // СПС «КонсультантПлюс».

В качестве приравненных к военнослужащим в организации оказания медицинской помощи, относятся граждане, призванные на военные сборы.

Члены семей военнослужащих подлежат обязательному медицинскому страхованию на общих основаниях с другими гражданами.

Выделение самостоятельных категорий, на которые распространяется особый режим медицинского страхования, свойственно и зарубежному законодательству. Так, во Франции медицинское страхование сельскохозяйственных работников регламентируется Сельскохозяйственным кодексом. Порядок деятельности органов, осуществляющих страхование сельскохозяйственных работников, определяется Министерством сельского хозяйства. В Германии действует специальный Закон о медицинском страховании лиц, занятых в сельском хозяйстве, от 10.08.1972 г. (BGB1. I S. 1433).

3) иностранные граждане и лица без гражданства, временно пребывающие в Российской Федерации.

Временно пребывающий в Российской Федерации иностранный гражданин — лицо, прибывшее в Российскую Федерацию на основании визы или в порядке, не требующем получения визы, и получившее миграционную карту, но не имеющее вида на жительство или разрешения на временное проживание<sup>72</sup>.

Указанное объясняется тем, что суммы выплат и иных вознаграждений по трудовым договорам и гражданско-правовым договорам, в том числе по договорам авторского заказа в пользу иностранных граждан и лиц без гражданства, временно пребывающих на территории Российской Федерации не подлежат обложению страховыми взносами для плательщиков страховых взносов<sup>73</sup>.

---

<sup>72</sup> Российская газета. № 140. 31 июля 2002 г.

<sup>73</sup> Федеральный закон от 24.07.2009 № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования» // Российская газета. № 137. 28 июля 2009 г.

В комментируемой статье указывается, что обязательному медицинскому страхованию подлежат лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»<sup>74</sup>.

К ним относятся: 1) беженцы — это лица, которые не являются гражданами Российской Федерации и которые в силу вполне обоснованных опасений стать жертвой преследований по признаку расы, вероисповедания, гражданства, национальности, принадлежности к определенной социальной группе или политических убеждений находятся вне страны своей гражданской принадлежности и не могут пользоваться защитой этой страны или не желают пользоваться такой защитой вследствие таких опасений; или, не имея определенного гражданства и находясь вне страны своего прежнего обычного местожительства в результате подобных событий, не могут или не желают вернуться в нее вследствие таких опасений; 2) члены семьи беженца — признание беженцами лиц, являющихся членами одной семьи, осуществляется в отношении каждого члена семьи, достигшего восемнадцатилетнего возраста. Семейный кодекс исходит из понимания членов семьи как супругов и их детей. Бабушки и дедушки могут считаться членами семьи, а сестры и братья нет, кроме случаев, когда они несовершеннолетние (или взрослые, но нетрудоспособные) и живут на иждивении брата или сестры.

Однако, оперируя более широким понятием «семья», органы миграционной службы членами семьи обычно считают всех близких родственников, если они живут вместе (имеют один и тот же адрес и общий финансово-лицевой счет). Суды, разрешая гражданские дела данной категории, руководствуются Конституцией РФ, международными договорами Российской Федерации и в соответствии с федеральными законами или международными договорами Российской Федерации применяют нормы иностранного права. Отсюда, если глава семьи отвечает критериям, установленным в определении понятия «беженец», члены

---

<sup>74</sup> Федеральный закон от 19.02.1993 № 4528-1 «О беженцах» // Российская газета. № 126. 3 июня 1997 г.

семьи, находящиеся на его попечении, согласно принципу единства семьи также получают статус беженца.

Разделение застрахованных граждан на категории обусловлено необходимостью закрепления их за страхователем в зависимости от принадлежности к одной из двух категорий: работающих граждан, указанных в п. 1–4 статьи 10 комментируемого Федерального закона, и неработающих граждан, указанных в п. 5 ст. 10 комментируемого Федерального закона.

Ранее в Законе РФ от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»<sup>75</sup> застрахованные лица как самостоятельные субъекты медицинского страхования не выступали и именовались общей категорией «граждане». Какие конкретно категории граждан являлись субъектами обязательного медицинского страхования (застрахованными), можно было понять только на основе анализа закреплённого перечня субъектов-страхователей, на которых возлагалась обязанность осуществлять соответствующие отчисления в фонды обязательного медицинского страхования — работающее (физические лица, работающие по трудовому договору, в том числе у индивидуальных предпринимателей, нотариусов, занимающихся частной практикой, адвокатов, физических лиц, а также работающие по договорам гражданско-правового характера и получающие за это вознаграждение, на которое в соответствии с законодательством Российской Федерации начисляются налоги в части, подлежащей зачислению в фонды обязательного медицинского страхования) и неработающее население. Таким образом, круг субъектов застрахованных граждан в новом законе конкретизирован и расширен.

В комментируемой статье закрепляются в качестве самостоятельной категории граждане, работающие по гражданско-правовому договору, предметом которого являются выполнение работ, оказание услуг. На практике нередко возникают трудности относительно признания договора гражданско-правовым или трудовым. По гражданско-правовому договору, в отличие от трудового, исполняется индивидуально-конкретное задание

---

<sup>75</sup> Ведомости СНД и ВС РСФСР. 04.07.1991. № 27. Ст. 920.

(поручение, заказ и др.). Предметом такого договора служит конечный результат труда (построенное или отремонтированное здание, доставленный груз, подготовленный бухгалтерский отчет и др.).

Вторым признаком трудового договора, непосредственно вытекающим из первого, считается прием на работу по личному заявлению, издание приказа (распоряжения) работодателя, в котором указывается профессия или должность, размер заработной платы, дата начала работы и др., а также внесение записи о работе в трудовую книжку.

Обладает определенной спецификой порядок и форма оплаты труда по гражданско-правовому договору. Так, цена выполненной работы (услуги), порядок ее оплаты определяются, как правило, в договоре по соглашению сторон, а выдача вознаграждения производится обычно после окончания работы. Допускаемая гражданским законодательством выдача аванса не изменяет характера таких договоров, так как окончательная оплата всегда производится после сдачи результатов труда заказчику, а выданный аванс может быть возвращен. В отличие от трудового договора по договорам подряда и возмездного оказания услуг исполнитель работ несет риск случайной гибели или случайного повреждения результата выполненной работы до ее приемки заказчиком.

Работающие по гражданско-правовым договорам самостоятельно определяют приемы и способы выполнения заказа. Для них важен конечный результат труда — исполнение заказа в надлежащем качестве и в согласованный срок<sup>76</sup>.

Иными словами, гражданско-правовой договор — это вид договора, при котором стороны определяют результат труда, имущественные взаимоотношения и другие вопросы гражданско-правового характера, а не вступают в трудовые отношения. К договорам гражданско-правового характера относятся договоры, находящиеся за пределами тех, которые опосредствуют передачу

---

<sup>76</sup> Письмо ФСС РФ от 20.05.1997 № 051/160-97 «О рекомендациях по разграничению трудового договора и смежных гражданско-правовых договоров» // СПС «КонсультантПлюс».

имущества<sup>77</sup>: бытовой подряд, строительный подряд, подряд на выполнение проектных и изыскательских работ, а также государственный контракт на выполнение подрядных работ для государственных нужд, договор на выполнение научно-исследовательских, опытно-конструкторских и технологических работ; договоры возмездного оказания услуг и их разновидности — поручения, комиссии, агентский договор, договоры доверительного управления имуществом, хранения, страхования, коммерческой концессии, а вместе с ними корреспондирующее договору поручения обязательство — из действий в чужом интересе без поручения. Каждому из этих договоров посвящена отдельная глава в Гражданском кодексе РФ (часть вторая).

Под договорами авторского заказа и лицензионными договорами подразумеваются:

- договор авторского заказа;
- договор об отчуждении исключительного права на произведения науки, литературы, искусства;
- издательский лицензионный договор;
- лицензионный договор о предоставлении права использования произведения науки, литературы, искусства.

Самостоятельно обеспечивающие себя работой индивидуальными предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы и адвокаты признаны застрахованными лицами. Поскольку указанные субъекты как самозанятые граждане осуществляют свободно избранную ими деятельность на основе частной собственности и на свой страх и риск, законодатель — с учетом названных особенностей правового статуса этих лиц — не возлагает на государство обязанность уплачивать за них суммы страховых взносов в фонды обязательного медицинского страхования. Фактически освобождение их от уплаты страховых взносов и одновременно предоставление обеспечения по обязательному медицинскому страхованию означало бы переложение бремени участия в образовании средств этого Фонда на другие категории граждан, что противоречило бы конституционному принципу

---

<sup>77</sup> См.: Брагинский М.И., Витрянский В.В. Договорное право. Договоры о выполнении работ и оказании услуг. Кн. 3. 2002.

справедливости, а также требованию ч. 3 ст. 17 Конституции Российской Федерации, согласно которой осуществление прав и свобод человека и гражданина не должно нарушать права и свободы других лиц. Указанное вытекает из правовой позиции, сформулированной Конституционным Судом Российской Федерации при проверке соответствия Конституции Российской Федерации законоположений, предусматривающих обязательную уплату индивидуальными предпринимателями, занимающимися частной практикой нотариусами, главами крестьянских (фермерских) хозяйств и адвокатами страховых взносов в фонды обязательного медицинского страхования<sup>78</sup>.

Пункт 3 ст. 10 закрепляет в качестве застрахованных лиц членов крестьянских (фермерских) хозяйств. В соответствии с п. 2 ст. 23 ГК РФ глава крестьянского (фермерского) хозяйства является индивидуальным предпринимателем без образования юридического лица и в таком качестве выступает страхователем по обязательному медицинскому страхованию в отношении членов хозяйства. Последними могут являться, поскольку это семейное сельскохозяйственное объединение, супруги, их родители, по достижении возраста шестнадцати лет — дети, братья, сестры, внуки, а также дедушки и бабушки каждого из супругов, но не более чем из трех семей. Граждане, не состоящие в родстве с главой фермерского хозяйства, могут являться членами хозяйства, но в количестве не более пяти человек.

Еще одной категорией застрахованных лиц, указанной в комментируемой статье Закона, являются члены семейных (родовых) общин коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, проживающие в районах Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, занимающиеся традиционными отраслями хозяйствования.

---

<sup>78</sup> Постановление Конституционного Суда Российской Федерации от 23 декабря 1999 г. по делу о проверке конституционности отдельных положений Федеральных законов о тарифах страховых взносов в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Государственный фонд занятости населения Российской Федерации и фонды обязательного медицинского страхования на 1999 и 1998 гг. // Российская газета. № 13. 19.01.2000.

Общие принципы организации и деятельности общин коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ, создаваемых в целях защиты исконной среды обитания, традиционного образа жизни, прав и законных интересов указанных коренных малочисленных народов, определены Федеральным законом от 20 июля 2000 г. № 104-ФЗ «Об общих принципах организации общин коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации»<sup>79</sup>.

В соответствии с указанным Законом коренные малочисленные народы Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ — это народы, проживающие в районах Севера, Сибири и Дальнего Востока на территориях традиционного расселения своих предков, сохраняющие традиционные образ жизни, хозяйствование и промыслы, насчитывающие менее 50 тысяч человек и осознающие себя самостоятельными этническими общностями.

Под общинами малочисленных народов понимаются формы самоорганизации лиц, относящихся к малочисленным народам и объединяемых по кровнородственному (семья, род) и (или) территориально-соседскому признакам, создаваемые в целях защиты их исконной среды обитания, сохранения и развития традиционных образа жизни, хозяйствования, промыслов и культуры.

Пункт 5 ст. 10 объединяет в себе категорию застрахованных неработающих граждан. Основаниями отсутствия занятости выступает несовершеннолетний возраст, обучение по очной форме в образовательных учреждениях начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования, статус безработного, а также получение социального пособия: пенсия; пособие по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет; за детьми-инвалидами; инвалидами I группы; лицами, достигшими возраста 80 лет.

Подпункт «в» п. 5 ст. 10 закрепляет категорию застрахованных граждан, обучающихся по очной форме в образовательных учреждениях начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования. Однако к указанной категории не относятся очно обучающиеся в аспиран-

---

<sup>79</sup> Российская газета. № 142. 25 июля 2000 г.



туре (адъюнктуре) и докторантуре образовательных учреждений дополнительного профессионального образования, научных организаций. Вместе с тем указанные граждане не могут быть отнесены ни к одной из отдельных категорий, за исключением иных не работающих по трудовому договору — из числа неработающих граждан.

В перечень застрахованных лиц не включены священнослужители, как это сделано в Федеральном законе от 15.12.2001 г. № 167-ФЗ «Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации»<sup>80</sup>. На этапе подготовки законопроекта об обязательном медицинском страховании рассматривалось предложение о включении указанной категории лиц отдельно в число застрахованных, но оно было отклонено. Указанное находит объяснение ввиду того, что работники религиозных организаций, а в том числе и священнослужители, работают на условиях трудового договора и подлежат социальному обеспечению и социальному страхованию в соответствии с законодательством Российской Федерации<sup>81</sup>.

К иным гражданам, не работающим по трудовому договору, указанным в подп. «ж» п. 5 ст. 10, могут быть отнесены те категории граждан, которые получают и иные социальные выплаты, помимо указанных в подп. «д, е» п. 5 ст. 10, и которые в силу этого не обладают правом на получение пособия по безработице.

Полагаем, что в большей мере эта норма рассчитана на появление в системе действующего законодательства новых видов социальных выплат, призванных компенсировать неосуществление трудовой функции ее получателем в силу выполнения им социально — полезной задачи (уход, например). Именно данным обстоятельством объясняется запрет на одновременное получение лицом двух видов социальных мер поддержки — пособия по безработице и иной определенной социальной выплаты.

---

<sup>80</sup> Российская газета. № 247. 20 декабря 2001 г.

<sup>81</sup> Федеральный закон от 26.09.1997 № 125-ФЗ «О свободе совести и о религиозных объединениях» // Российская газета. № 190. 1 октября 1997 г.

## Статья 11. Страхователи

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

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

а) организации;

б) индивидуальные предприниматели;

в) физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями;

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

2. Страхователями для неработающих граждан, указанных в пункте 5 статьи 10 настоящего Федерального закона, являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации. Указанные страхователи являются плательщиками страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

1. В статье 11 комментируемого Федерального закона определяются страхователи в системе обязательного медицинского страхования. Данная статья имеет большое значение, так как страхователи отнесены к субъектам обязательного медицинского страхования и выступают как плательщики страховых взносов.

В соответствии с Федеральным законом от 16.07.1999 № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» страхователи — организации любой организационно-правовой формы, а также граждане, обязанные в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования уплачивать страховые взносы, а в отдельных случаях, установленных федеральными законами, выплачивать отдельные виды страхового обеспечения. Страхователями являются также органы исполнительной власти и органы местного самоуправления, обязанные в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования уплачивать страховые взносы на обязательное медицинское

страхование неработающих граждан. Страхователи определяются в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования (ст. 6)<sup>82</sup>.

Таким образом, ст. 11 комментируемого Федерального закона конкретизирует страхователей применительно к системе обязательного социального страхования.

Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» выделяет две группы страхователей в зависимости от категорий застрахованных лиц.

Первую группу составляют страхователи для работающих граждан, указанных в п. 1–4 ст. 10 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», которые, в свою очередь, подразделяются на страхователей, производящих выплаты и иные вознаграждения физическим лицам, и на страхователей, такие выплаты не производящих.

К лицам, производящим выплаты и иные вознаграждения физическим лицам, относятся организации, индивидуальные предприниматели, физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями. К иным страхователям для работающих граждан, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам относятся — индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты. Следует отметить, что в определенных случаях одно и то же лицо может быть зарегистрировано и как страхователь, производящий выплаты и иное вознаграждение физическим лицам, и как страхователь, не производящий такие выплаты. Например, индивидуальный предприниматель, нанимающий работников по трудовому договору, выступает в качестве страхователя по двум основаниям.

Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», выделяя в качестве страхователей в системе обязательного медицинского страхования организации, не уточняет, какие именно субъекты могут быть признаны организациями. В соответствии с общим для всех видов обязательного социального страхования Федеральным законом «Об

---

<sup>82</sup> СЗ РФ. 1999. № 29. Ст. 3686.

основах обязательного социального страхования» к страхователям отнесены организации любой организационно-правовой формы. Гражданским кодексом Российской Федерации организационно-правовая форма характеризует статус юридических лиц. Соответственно, организации — это, прежде всего, юридические лица, созданные в соответствии с нормами гражданского законодательства и имеющие государственную регистрацию, подтверждающую их статус юридического лица.

Но ограничение перечня организаций как страхователей только юридическими лицами не учитывало бы всего многообразия организационных структур, имеющих право вести предпринимательскую и иную деятельность на территории Российской Федерации. В связи с этим следует обратить внимание на положения Федерального закона от 24.07.2009 № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования»<sup>83</sup>. Согласно п. 1 ст. 2 указанного Федерального закона организациями признаются юридические лица, образованные в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также иностранные юридические лица, компании и другие корпоративные образования, обладающие гражданской правоспособностью, созданные в соответствии с законодательством иностранных государств, международными организациями, филиалы и представительства указанных иностранных лиц и международных организаций, созданные на территории Российской Федерации. Например, иностранные некоммерческие организации могут осуществлять деятельность на территории Российской Федерации посредством создания филиалов или представительств (ст. 13.2 Федерального закона от 12.01.1996 № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях»<sup>84</sup>). Соответственно, данные филиалы или представительства будут выступать в качестве страхователей в системе обязательного медицинского страхования.

---

<sup>83</sup> СЗ РФ. 2009. № 30. Ст. 3738.

<sup>84</sup> СЗ РФ. 1996. № 3. Ст. 145.

Законодательством Российской Федерации индивидуальными предпринимателями признаются граждане, занимающиеся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица (п. 1 ст. 23 Гражданского кодекса Российской Федерации, п. 2 ст. 2 Федерального закона «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования»). Приобретение статуса индивидуального предпринимателя обусловлено государственной регистрацией в соответствии с Федеральным законом от 08.08.2001 № 129-ФЗ «О государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей»<sup>85</sup>.

К индивидуальным предпринимателям относятся также главы крестьянских (фермерских) хозяйств, осуществляющие предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, с момента государственной регистрации крестьянского (фермерского) хозяйства. Государственная регистрация крестьянских (фермерских) хозяйств осуществляется по общим правилам, установленным Федеральным законом «О государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей».

Физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями (в терминологии Закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» — «физические лица, заключившие трудовые договоры с работниками, а также выплачивающие по договорам гражданско-правового характера вознаграждения»), включены в систему обязательного медицинского страхования в качестве страхователей с конца 2003 г. Статус страхователя они приобретают как при заключении трудовых договоров с иными физическими лицами, так и при заключении договоров гражданско-правового характера с физическими лицами с учетом положений ст. 10 комментируемого Федерального закона. В соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации при заключении трудового договора с рабо-

---

<sup>85</sup> Российская газета. 2001. 10 августа.

тодателем — физическим лицом работодатель обязан уплачивать страховые взносы и другие обязательные платежи в порядке и размерах, которые определяются федеральными законами (ч. 3 ст. 303).

Как уже отмечалось, к страхователям Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании» относит не только лиц, которые осуществляют выплаты и иные вознаграждения физическим лицам. Вторую категорию страхователей для работающих граждан составляют так называемые самозанятые лица. К ним относятся индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты. Следует отметить, что в определенные периоды в указанную категорию включались лица свободных профессий, под которыми подразумевались лица творческих профессий, не состоящие в творческих союзах. В настоящее время данные лица в системе обязательного медицинского страхования выступают в качестве застрахованных (п. 1 ст. 10 комментируемого Федерального закона), что стало возможным благодаря закреплению такого признака за застрахованных лиц, как работа по договору авторского заказа.

Нотариусы и адвокаты, исходя из положений Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании», являются страхователями в том случае, если они занимаются частной практикой. В Законе РСФСР «О медицинском страховании в Российской Федерации» отнесение к страхователям частных нотариусов и адвокатов осуществлялось автоматически по факту наличия соответствующего статуса (статья 2).

Правовой статус частных нотариусов определяется Основами законодательства Российской Федерации о нотариате от 11.02.1993 № 4462-1<sup>86</sup>. Для занятия нотариальной деятельностью необходимо получение лицензии (ст. 3 названного законодательного акта). Но нотариусом, осуществляющим нотариальную деятельность, будет считаться лицо, наделенное полномочиями нотариуса (ст. 12 этого же акта). Наделение нотариуса полномочиями производится на основании рекомендации нотариальной палаты федеральным органом исполнительной власти, осуще-

---

<sup>86</sup> Ведомости СНД и ВС РФ. 1993. № 10. Ст. 357.

ствляющим правоприменительные функции и функции по контролю и надзору в сфере нотариата, или по его поручению его территориальными органами на конкурсной основе из числа лиц, имеющих лицензии. Порядок проведения конкурса определяется Министерством юстиции Российской Федерации совместно с Федеральной нотариальной палатой<sup>87</sup>.

Адвокатом является лицо, получившее в установленном Федеральным законом от 31.05.2002 № 63-ФЗ «Об адвокатской деятельности и адвокатуре в Российской Федерации» порядке статус адвоката и право осуществлять адвокатскую деятельность<sup>88</sup>.

2. Вторую группу страхователей в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании» составляют страхователи для неработающих граждан. Данными страхователями являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Общие принципы деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации закрепляются Федеральным законом от 06.10.1999 № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации»<sup>89</sup>.

Полномочия органов государственной власти субъектов Российской Федерации устанавливаются Конституцией Российской Федерации, настоящим Федеральным законом, другими федеральными законами, конституцией (уставом) и законами субъектов Российской Федерации. Таким образом, в данном случае на уровне федерального закона определяется конкретное полномочие высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации, а именно наделение полномо-

---

<sup>87</sup> См., приказ Министерства юстиции Российской Федерации от 17.02.1997. № 19-01-19-97, утвердивший данный порядок // Российская газета. 1997. 27 марта.

<sup>88</sup> Российская газета. 2002. 5 июня.

<sup>89</sup> СЗ РФ. 1999. № 42. Ст. 5005.

чиями страхователя для неработающих граждан органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, а также полномочия компетентных органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в системе обязательного медицинского страхования.

Высший исполнительный орган государственной власти субъекта Российской Федерации возглавляет систему органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

Структура исполнительных органов государственной власти субъекта Российской Федерации определяется высшим должностным лицом субъекта Российской Федерации (руководителем высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации) в соответствии с конституцией (уставом) субъекта Российской Федерации. Формирование органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации находится в компетенции высших органов исполнительной власти.

Возможны различные формы определения уполномоченного органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации. Наделение полномочиями страхователя для неработающих граждан может состояться при определении структуры органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и при формировании нового органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации. Кроме того, возможно дополнение полномочий уже действующего органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

Необходимо отметить, что органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, наделенные полномочиями страхователей, являются плательщиками страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения. Тем самым реализуется ч. 2 ст. 5 Федерального закона «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования», в соответствии с которой федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования могут устанавли-



ваться иные, кроме указанных в названном Федеральном законе, категории страхователей, являющихся плательщиками страховых взносов.

## **Статья 12. Страховщик**

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

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

1. В новой системе обязательного медицинского страхования в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования в качестве страховщика выступает единственная организация — Федеральный фонд. В соответствии с новым правовым положением Федеральный фонд становится ключевым субъектом, аккумулирующим и распределяющим средства обязательного медицинского страхования.

Правовую основу деятельности Федерального фонда составляют Конституция Российской Федерации, Бюджетный кодекс РФ, Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», федеральный закон о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год, нормативно-правовые акты Правительства Российской Федерации и уполномоченного федерального органа исполнительной власти.

В перспективе предполагается принятие отдельного федерального закона о государственных социальных фондах. Согласно подп. 1 п. 13 ст. 51 комментируемого закона до дня вступления в силу федерального закона о государственных социальных фондах правовое положение Федерального фонда определяется действующим до дня вступления в силу указанного федерального закона Уставом Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Наделение Федерального фонда правами и обязанностями страховщика порождает вопрос о распространении на него Зако-

на Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации». Федеральным законом от 29.11.2010 № 313-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в Закон Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» было внесено несколько существенных дополнений и изменений.

Так, в ст. 1 появился п. 6, согласно которому действие Закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» стало распространяться на страховые организации, осуществляющие обязательное медицинское страхование, с учетом особенностей, установленных комментируемым законом. Представляется, что понятие «страховые организации, осуществляющие обязательное медицинское страхование», охватывает понятие «страховщик», которым является Федеральный фонд. Из этого следует вывод о том, что действие Закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» распространяется на Федеральный фонд с учетом особенностей, установленных комментируемым законом.

В отдельном пояснении нуждается фраза «с учетом особенностей». Для разрешения возможных коллизий следует определить с общими и специальными нормами в регулировании отношений, складывающихся в сфере обязательного медицинского страхования. Сопоставление норм Закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» с комментируемым законом позволяет говорить о том, что «особенности» присутствуют в большинстве концептуальных норм. На этом основании можно сделать вывод: Закон Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» следует применять к отношениям в сфере обязательного медицинского страхования только в части, не урегулированной нормами комментируемого закона.

2. Согласно п. 2 Федеральный фонд является некоммерческой организацией. В комментируемом законе оставлен открытым вопрос об организационно-правовой форме Федерального фонда.

Использование в официальном наименовании слова «фонд» еще не позволяет отождествлять его с одноименной организационно-правовой формой некоммерческой организации (ст. 118 ГК РФ). Существенным признаком фонда по смыслу ст. 118 ГК РФ является правовой режим его имущества. Согласно п. 1 (абз. 2) ст. 118 ГК РФ имущество, переданное фонду его учредителями (учредителем), является собственностью фонда. Обязательным признаком любого юридического лица является наличие у него обособленного имущества (п. 1 ст. 48 ГК РФ). Имущество Федерального фонда является федеральной собственностью и закрепляется за ним на праве оперативного управления (п. 14 Устава Федерального фонда).

По своим признакам Федеральный фонд наиболее близок к организационно-правовой форме учреждения. В пункте 3 Устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования<sup>90</sup> он определен как самостоятельное государственное некоммерческое финансово-кредитное учреждение. Согласно п. 4 названного Устава Федеральный фонд является юридическим лицом, имеет самостоятельный баланс, обособленное имущество, счета в учреждениях Центрального банка Российской Федерации и других кредитных организациях, печать со своим наименованием, штампы и бланки установленного образца. Полное официальное наименование Федерального фонда — Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, сокращенное наименование — ФОМС.

Из п. 2 комментируемой статьи также следует, что Федеральный фонд создается Российской Федерацией в соответствии с настоящим Федеральным законом. Каких-либо специальных действий по созданию Федерального фонда производить нет оснований. Собственно Федеральный фонд обязательного медицинского страхования был создан еще в 1993 г. История его создания связана с формированием в начале 90-х г. XX в. в Рос-

---

<sup>90</sup> Устав Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утв. постановлением Правительства Российской Федерации от 29 июля 1998 г. № 857 «Об утверждении Устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования» // СПС «КонсультантПлюс».

сийской Федерации страховой системы финансового обеспечения медицинской помощи. Федеральный фонд был образован в распорядительном порядке, суть которого заключается в том, что юридическое лицо возникает на основе распорядительного акта государственной власти. В статье 12 Закона Российской Федерации от 28 июня 1991 г. «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» устанавливалось, что для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования создаются Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные учреждения. Федеральный фонд был создан Правительством Российской Федерации на основании постановления Верховного Совета Российской Федерации от 24 февраля 1993 г. № 4534-1 «О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 г.», которым было утверждено Положение о Федеральном фонде. Принятие комментируемого закона не предполагает проведение каких-либо действий (ликвидация, реорганизация, изменение типа) с организационно-правовой структурой действующего Федерального фонда.

Из пункта 2 комментируемой статьи следует безусловное утверждение о том, что учредителем Федерального фонда может выступать исключительно Российская Федерация. Иные лица, в том числе и публично-правовые образования, не вправе учреждать федеральные фонды обязательного медицинского страхования.

Кроме того, на законодательном уровне закреплена цель создания Федерального фонда. Он создается для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования. Для достижения названной цели Федеральному фонду предоставлено право заниматься исключительным видом деятельности — аккумулировать в бюджете фонда страховые взносы в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

Согласно п. 2 ст. 144 Бюджетного кодекса РФ бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования явля-

ется одним из бюджетов государственных внебюджетных фондов Российской Федерации.

Федеральный законодатель в связи с особой исключительной целью деятельности Федерального фонда отграничил его правовой статус от других некоммерческих организаций. Так, в п. 5. ст. 1 Федерального закона от 12.01.1996 № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях» установлено, что «действие настоящего Федерального закона не распространяется на органы государственной власти, иные государственные органы, органы управления государственными внебюджетными фондами, органы местного самоуправления, а также на автономные учреждения, если иное не установлено федеральным законом». Правовое положение, полномочия и органы управления Федерального фонда закреплены в ст. 33 комментируемого Закона.

### **Статья 13. Территориальные фонды**

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

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

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

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

1. Буквальное толкование п. 1 позволяет говорить о том, что деятельность территориальных фондов строится на некоммерческой основе. Федеральный законодатель определил их как некоммерческие организации.

Правовая основа деятельности территориальных фондов находится в стадии становления. До дня вступления в силу федерального закона о государственных социальных фондах правовое положение территориального фонда определяется положением о территориальном фонде, принятым в соответствии с типовым положением о территориальном фонде, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и действующим до дня вступления в силу указанного федерального закона (подп. 2 п. 13 ст. 51 комментируемого Закона).

На момент вступления в действие комментируемого закона территориальные фонды уже были созданы. Как и Федеральный фонд, все территориальные фонды создавались в распорядительном порядке, т.е. на основе правового акта субъекта Российской Федерации и Положения о территориальном фонде<sup>91</sup>.

Для правового обеспечения переходного периода в соответствии с полномочием, делегированным Федеральным законодателем, Минздравсоцразвития РФ 21 января 2011 г. утвердило Типовое положение о территориальном фонде обязательного медицинского страхования<sup>92</sup>. Действие названного нормативного акта ограничено во времени датой принятия федерального закона о государственных социальных фондах.

Из пункта 1 комментируемой статьи также следует, что территориальные фонды могут создаваться только субъектами Российской Федерации. Федеральный законодатель установил специальную цель их деятельности — реализация государственной по-

---

<sup>91</sup> См. Положение о территориальном фонде обязательного медицинского страхования, утв. постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 24 февраля 1993 г. № 4543-1 «О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год».

<sup>92</sup> Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 21 января 2011 г. № 15н «Об утверждении Типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования» // СПС «КонсультантПлюс».

литики в сфере обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации.

Территориальные фонды могут использовать переданное им имущество субъектов Российской Федерации и имущество, приобретенное за счет средств обязательного медицинского страхования, на праве оперативного управления (подп. 3 ст. 34, подп. 9 ст. 51 комментируемого Закона). Собственником имущества территориального фонда является субъект Российской Федерации.

Правовое положение, полномочия и органы управления территориального фонда закреплены в ст. 34 комментируемого Закона.

2. Территориальные фонды не являются структурными подразделениями Федерального фонда. Кроме того, федеральный законодатель не стал устанавливать административную федеральную вертикаль управления территориальными фондами. Вместе с тем, территориальные фонды осуществляют отдельные полномочия страховщика в части реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования в соответствии с комментируемым Законом (ст. 35, 36).

В свою очередь за Федеральным фондом закреплены нормотворческие полномочия в части нормативного регулирования осуществления территориальными фондами переданных им полномочий (подп. 1, 4, 5 п. 2 ст. 7), финансовое обеспечение переданных полномочий путем предоставления субсидий (подп. 1 п. 2 ст. 7) и полномочия по проведению государственного контроля (подп. 3, 6, 7, 8 п. 2 ст. 7).

3. В пункте 3 закреплён ещё один случай, когда территориальный фонд осуществляет полномочия страховщика. Это происходит в случае установления территориальной программой обязательного медицинского страхования перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования. Условия, при выполнении которых допускается расширение территориальной программы обязательного медицинского страхования, порядок принятия таких мер, а также тре-

бования к нормативам дополнительной медицинской помощи закреплены в ст. 36 комментируемого Закона.

**4.** В пункте 4 определены полномочия территориального фонда в части установления его внутренней структуры. Территориальным фондам, в отличие от Федерального фонда, предоставлено право создавать филиалы и представительства.

Правовое положение филиалов и представительств определено в ст. 55 ГК РФ. Филиалы и представительства являются обособленными подразделениями, но сами не являются юридическими лицами. Руководители филиалов и представительств назначаются юридическим лицом и действуют на основании его доверенности (п. 3 ст. 55 ГК РФ).

Федеральный законодатель не определил порядок назначения руководителей филиалов и представительств территориальных фондов.

Объем полномочий, которые могут быть переданы филиалам и представительствам территориальных фондов, а также порядок их осуществления должны быть урегулированы в каждом конкретном случае на уровне положения о территориальном фонде в отдельно взятом субъекте Российской Федерации.

#### **Статья 14. Страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования**

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



финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования).

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

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

4. Страховые медицинские организации ведут отдельный учет по операциям со средствами обязательного медицинского страхования и средствами добровольного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных нормативными правовыми актами федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по нормативно-правовому регулированию в сфере страховой деятельности, и Федерального фонда.

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

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

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

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

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

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

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

1. В системе обязательного медицинского страхования главная особенность нового правового положения страховых медицинских организаций заключается в том, что с 1 января 2011 г.

они утрачивают статус страховщика. Вместе с тем они продолжают оставаться страховыми организациями.

В пункте 1 комментируемой статьи закреплено понятие страховой медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. Во-первых, таким видом деятельности вправе заниматься только страховая организация. Во-вторых, она должна обладать специальной правоспособностью — иметь лицензию, выданную федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности.

Страховая медицинская организация может осуществлять отдельные полномочия страховщика (Федерального фонда) в соответствии с комментируемым законом и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключенным между территориальным фондом и страховой медицинской организацией. Так, согласно п. 2 ст. 38 в договоре о финансовом обеспечении должны содержаться положения, предусматривающие обязанности страховой медицинской организации по оформлению, переоформлению, выдаче полиса обязательного страхования, проведению экспертиз качества оказанной медицинской помощи, осуществлению деятельности по защите прав и законных интересов застрахованных лиц и др.

Здесь необходимо сделать уточнение. Согласно п. 2 ст. 940 ГК РФ договор страхования может быть заключен путем составления одного документа либо вручения страховщиком страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового полиса, подписанного страховщиком. В комментируемом законе правовая природа полиса обязательного медицинского страхования не определена. Если следовать ГК РФ, то полис как документ, подтверждающий заключение договора страхования, должен выдаваться страховщиком. На этот счет в комментируемом законе установлено специальное правило: полис выдается страховой медицинской организацией в силу делегирования ей отдельных полномочий страховщика. В чем-то такая форма напоминает правовую конструкцию действий в чужом интересе.

Во всяком случае, нет оснований квалифицировать выдачу полиса в качестве юридического факта, на основании которого

договор обязательного медицинского страхования считается заключенным. Права и обязанности у застрахованного на получение медицинского обслуживания возникают в силу закона, а в некоторых случаях медицинская помощь должна быть оказана и при отсутствии полиса. Кроме того, норма о страховом полисе находится в гл. 10, посвященной организации персонафицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования.

Модернизация системы обязательного медицинского страхования потребовала внесения изменений в действующее законодательство в части уточнения правового статуса страховой медицинской организации.

Как уже было отмечено (см. комментарий к ст. 12), в ст. 1 Закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» был добавлен п. 6, согласно которому действие названного Закона стало распространяться на страховые организации, осуществляющие обязательное медицинское страхование, с учетом особенностей, установленных комментируемым Законом.

Согласно ст. 6 Закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» страховщик — это юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страхования, перестрахования, взаимного страхования и получившее лицензии в установленном порядке.

Действующее законодательство не содержит уточнения о том, в какой организационно-правовой форме может быть создана страховая медицинская организация. Условие о наличии уставного капитала позволяет методом исключения утверждать, что страховые медицинские организации не могут быть созданы в тех организационно-правовых формах, которые не предполагают формирование уставного капитала.

Общий порядок получения лицензии на занятие страховой деятельностью установлен в ст. 32–32.4 Закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации». Федеральный законодатель делегировал Правительству Российской Федерации право устанавливать особенности лицен-

зирования страховых медицинских организаций. Во исполнение установленного порядка Правительство Российской Федерации приняло постановление от 31 декабря 2010 г. №1227 «Об особенностях лицензирования деятельности страховых медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации».

Существенные изменения произошли в отношении требований к величине уставного капитала. С 1 января 2012 г. минимальный размер уставного капитала страховщика, осуществляющего исключительно медицинское страхование, устанавливается в сумме 60 млн рублей.

2. В пункте 2 закреплена норма, которая устанавливает ограничения для физических лиц, участвующих в создании и управлении страховой медицинской организацией. Указанной нормой установлен запрет, согласно которому в состав учредителей (участников, акционеров) и органов управления страховой медицинской организации не могут входить работники:

а) федеральных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения;

б) органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения;

в) органов местного самоуправления, уполномоченных на осуществление управления в сфере здравоохранения;

г) Федерального фонда и территориальных фондов, медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию.

Федеральный законодатель, установив такой запрет, детально не определил последствия для названных лиц и страховой медицинской организации в случае его нарушения. Кроме того, оставлен открытым вопрос о возможности участия в управлении страховой медицинской организацией близких родственников лиц, в отношении которых установлен запрет. Вариативность в толковании возникает и в случаях, если такие лица будут участвовать в страховой медицинской организации опосредованно, то есть путем учреждения другого юридического лица. Закон не содержит уточнения на этот счет.

3. Федеральный законодатель установил для страховых медицинских организаций запрет осуществлять иную, за исключением деятельности по обязательному и добровольному медицинскому страхованию, деятельность. Здесь необходимо уточнить, что речь идет об иной другой страховой деятельности, а не вообще о деятельности страховой организации. Другой подход в толковании такого запрета приведет к необоснованному ограничению правоспособности страховой медицинской организации. Известно, что страхованием в самом общем виде представляет собой деятельность по управлению рисками: страховая организация принимает на себя обязательства возместить убытки страхователю по его рискам, инвестирует страховые премии (с учетом выполнения требований о финансовой устойчивости) для выплаты страхового возмещения или перестраховывает страховые риски в перестраховочных организациях. В пункте 2 ст. 6 Закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» закреплено право страховой организации осуществлять оценку страхового риска, получать страховые премии (страховые взносы), формировать страховые резервы, инвестировать активы, определять размер убытков или ущерба, производить страховые выплаты, осуществлять иные связанные с исполнением обязательств по договору страхования действия. Нет оснований запрещать заниматься перечисленными видами деятельности.

Кроме того, если принципиально подходить к сущности страховых медицинских организаций, то в сфере обязательного медицинского страхования они страхованием в его традиционном смысле не занимаются. Организация их деятельности согласно комментируемому закону заключается в иных договорных формах, о чем будет сказано далее.

4. Для всех страховых организаций в п. 1 ст. 28 Закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» установлена обязанность вести бухгалтерский учет, составлять бухгалтерскую и статистическую отчетность в соответствии с планом счетов, правилами бухгалтерского учета, формами учета и отчетности, утверждаемыми органом страхового

регулирования в соответствии с законодательством<sup>93</sup>. Согласно п. 3 ст. 28 Закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» страховые организации представляют в орган страхового надзора бухгалтерскую и статистическую отчетность, а также иные сведения по формам и в порядке, которые установлены органом страхового регулирования.

В пункте 4 комментируемой статьи установлено специальное правило, согласно которому страховые медицинские организации обязаны вести раздельный учет по операциям со средствами обязательного медицинского страхования и средствами добровольного медицинского страхования. Федеральный законодатель делегировал право устанавливать особенности такого учета одновременно федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему функции по нормативно-правовому регулированию в сфере страховой деятельности<sup>94</sup>, и Федеральному фонду. Представляется, что на практике это может повлечь определенные трудности в части разграничения полномочий между названными органами.

5. Страховые медицинские организации обязаны вести раздельный учет собственных средств и средств обязательного медицинского страхования, предназначенных для оплаты медицинской помощи. Согласно п. 2 ст. 25 Закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» собственные средства страховщиков (за исключением обществ

---

<sup>93</sup> См. приказ Министерства финансов Российской Федерации от 31.10.2000 № 94н «Об утверждении Плана счетов бухгалтерского учета финансово-хозяйственной деятельности организаций и Инструкции по его применению»; приказ Министерства финансов Российской Федерации от 11.05.2010. № 41н «О формах бухгалтерской отчетности страховых организаций и отчетности, представляемой в порядке надзора» // СПС «КонсультантПлюс».

<sup>94</sup> Согласно п. 1 Положения о Министерстве финансов Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 329 «О Министерстве финансов Российской Федерации» федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере страховой деятельности является Министерство финансов Российской Федерации (Минфин России).

взаимного страхования) включают в себя уставный капитал, резервный капитал, добавочный капитал, нераспределенную прибыль.

В сфере обязательного медицинского страхования порядок определения средств, которые могут быть квалифицированы как собственные средства страховой медицинской организации, закреплен в п. 4 ст. 28 комментируемого Закона.

Такая обязанность обусловлена особым правовым режимом средств обязательного медицинского страхования. Эти средства являются собственностью Российской Федерации, а их получение страховой медицинской организацией не влечет за собой перехода этих средств в ее собственность, за исключением случаев, установленных в комментируемом Законе (п. 3 ст. 28 комментируемого Закона).

**6.** Обязанность проводить отдельный учет по операциям со средствами обязательного медицинского страхования и средствами добровольного медицинского страхования, а также отдельный учет собственных средств и средств обязательного медицинского страхования, предназначенных для оплаты медицинской помощи, кроме прочих целей, позволяет обеспечить особенности исполнения страховыми медицинскими организациями налоговых обязанностей.

С этой целью в пункте 6 комментируемой статьи закреплена норма общего характера о правовом режиме средств, предназначенных для оплаты медицинской помощи и поступивших в страховую медицинскую организацию. Такие средства признаны средствами целевого финансирования (далее — целевые средства).

Правое значение квалификации названных средств в качестве целевых средств в совокупности с обязанностью по ведению отдельного учета (п. 4, 5) проявляется в нормах Налогового кодекса Российской Федерации (далее НК РФ). С 1 января 2012 г. вступают в действие изменения в НК РФ, определяющие особенности налогообложения операций страховых медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования.

Так, в подп. 7 п. 13 ст. 149 НК РФ были внесены дополнения, которые освобождают от налогообложения налогом на добавленную стоимость:



– целевые средства, получаемые страховыми медицинскими организациями, в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

– средства, получаемые страховыми медицинскими организациями, на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования (в пределах норматива, установленного законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании);

– средства, получаемые страховыми медицинскими организациями, являющиеся вознаграждением за выполнение действий, предусмотренных договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

Кроме того, согласно подп. 14 п. 1 ст. 251 НК РФ при определении налоговой базы налога на прибыль теперь не учитываются доходы в виде имущества, полученного налогоплательщиком в рамках целевого финансирования. При этом налогоплательщики, получившие средства целевого финансирования, обязаны вести отдельный учет доходов (расходов), полученных (произведенных) в рамках целевого финансирования. При отсутствии такого учета у налогоплательщика, получившего средства целевого финансирования, указанные средства рассматриваются как подлежащие налогообложению с даты их получения. В целях недопущения возможной вариативности в толковании подп. 14 п. 1 ст. 251 НК РФ был дополнен абзацем, согласно которому к средствам целевого финансирования стало относиться имущество, полученное налогоплательщиком и использованное им по назначению, определенному организацией (физическим лицом) — источником целевого финансирования или федеральными законами, в виде целевых средств, получаемых страховыми медицинскими организациями, в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

В новой редакции будет действовать подп. 48.1 ст. 270 «Расходы, не учитываемые в целях налогообложения» НК РФ, согласно которому при налогообложении по налогу на прибыль страховой медицинской организации не будут учитываться расходы в виде средств, переданных медицинским организациям для оплаты ме-

дицинской помощи застрахованным лицам в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенным в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

Изменена редакция 294.1 НК РФ, в которой установлены особенности определения доходов и расходов страховых медицинских организаций — участников обязательного медицинского страхования. Согласно п. 1 названной статьи в новой редакции к доходам страховых медицинских организаций, кроме доходов, предусмотренных ст. 249 и 250 НК РФ, относятся также средства, перечисляемые территориальными фондами обязательного медицинского страхования в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и предназначенные на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию, и средства, являющиеся вознаграждением за выполнение действий, предусмотренных указанным договором.

В свою очередь в п. 2 ст. 294.1 НК РФ к расходам страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование, кроме расходов, предусмотренных ст. 254–269 указанного Кодекса, отнесены также расходы, понесенные указанными организациями при осуществлении страховой деятельности по обязательному медицинскому страхованию.

7. Страховые медицинские организации непосредственно не участвуют в страховании страховых рисков в сфере обязательного медицинского страхования. Страховые отношения возникают между субъектами обязательного медицинского страхования (застрахованные лица, страхователи, Федеральный фонд) в силу комментируемого закона. Заключение договора для возникновения прав и обязанностей между субъектами обязательного медицинского страхования не требуется.

Страховые медицинские организации выполняют своего рода роль агентов, участвующих в финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. Для этих целей федеральный законодатель установил формы договорных отношений.

Страховая медицинская организация осуществляет свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на основании:

- договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;
- договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенного между страховой медицинской организацией и медицинской организацией.

Существенные условия названных договоров определены в ст. 37, 38, 39 комментируемого закона. Представляется, что основная роль страховым медицинским организациям отводится при наступлении страхового случая.

**8.** В пункте 8 установлены пределы ответственности страховых медицинских организаций по обязательствам в сфере обязательного медицинского страхования. Они отвечают по обязательствам, возникающим из договоров, заключенных в сфере обязательного медицинского страхования, в соответствии с законодательством Российской Федерации и условиями этих договоров. Нового правила здесь не сконструировано. Содержание комментируемого пункта сконструировано абстрактно и в форме отсылочной нормы.

В каждом случае на практике для квалификации правомерности действий страховой медицинской организации придется обращаться к нормам, закрепленным в других статьях комментируемого закона или в других законодательных актах, а также толковать содержание конкретных договоров.

В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения (нарушения) обязательств страховая медицинская организация по иску заинтересованных лиц может быть привлечена к гражданско-правовой ответственности. Общие правила привлечения к ответственности за нарушение обязательств закреплены в гл. 25 Гражданского кодекса РФ. К формам гражданско-правовой ответственности традиционно относят: возмещение убытков (ст. 15, 393 ГК РФ), взыскание (уплата) неустойки (ст. 330–333 ГК РФ), проценты за неисполнение денежного обязательства (ст. 395 ГК РФ) и другие законно установленные меры ответ-

ственности. К сожалению, названные положения не создают дополнительных гарантий застрахованным лицам, что не способствует укреплению основных принципов обязательного медицинского страхования.

По сути комментируемый закон не содержит правовых возможностей привлечения к ответственности страховой организации за вред, причиненный застрахованному в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением обязанностей. Общее правило гражданского законодательства гласит, что вред, причиненный личности, подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившем вред (п. 1 ст. 1064 ГК). Установить вину страховой медицинской организации и доказать ее в каждом случае причинения вреда ненадлежащим оказанием медицинской помощи невозможно, поскольку ее нет. Страховая медицинская организация не связана договорными отношениями с застрахованным. Следовательно, нет оснований для привлечения к договорной ответственности. Она не оказывает медицинской помощи, следовательно, нет оснований вести речь о деликтной ответственности. В таких случаях перед застрахованным ответственность по возмещению вреда будет нести медицинская организация.

9. В пункте 9 определена информация, которую страховые медицинские организации обязаны довести до сведения застрахованных лиц. Страховая медицинская организация может выполнить установленную обязанность одним из следующих способов:

- разместить на собственном официальном сайте в сети Интернет;
- опубликовать в средствах массовой информации;
- иными предусмотренными законодательством Российской Федерации способами.

Следует отметить, что объем информации из указанного перечня сведений, а также выбор способа доведения до застрахованных лиц не детализирован. С точки зрения юридической техники это позволяет большинство положений толковать вариативно, что могло бы привести на практике к нарушениям прав застрахованных лиц на своевременное и полное получение необходимой информации в сфере обязательного медицинского страхования.

В рамках федерального закона не всегда целесообразно закреплять нормы, которые могут потребовать оперативного изменения. Возможно, по этим причинам федеральный законодатель сконструировал п. 9 в форме отсылочной нормы. Детализация сведений, а также способ их доведения до застрахованных лиц должны быть урегулированы отдельными требованиями, установленными правилами обязательного медицинского страхования. Достаточно ясно и понятно эти вопросы урегулированы в разд. XIII «Требования к размещению страховыми медицинскими организациями информации» Правил обязательного медицинского страхования<sup>95</sup>.

**10.** Территориальный фонд обязательного медицинского страхования обязан вести реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории конкретного субъекта Российской Федерации. Включение страховых медицинских организаций в такой реестр осуществляется в уведомительном порядке. Федеральный законодатель определил единственное условие для включения страховой медицинской организации в реестр — уведомление от страховой организации должно быть направлено в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году, в котором страховая медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Уполномоченному федеральному органу исполнительной власти делегировано утвердить порядок ведения, формы и перечень сведений реестра страховых медицинских организаций и закрепить их в правилах обязательного медицинского страхования<sup>96</sup>.

---

<sup>95</sup> Правила обязательного медицинского страхования, утв. приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н // СПС «КонсультантПлюс».

<sup>96</sup> См. разд. V «Порядок ведения реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования» Правил обязательного медицинского страхования, утв. приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н // СПС «КонсультантПлюс».

**11.** В пункте 11 установлен порядок действий на тот случай, если на территории субъекта Российской Федерации отсутствуют страховые медицинские организации, включенные в реестр страховых медицинских организаций. В таком случае их полномочия осуществляются территориальным фондом до дня начала деятельности страховых медицинских организаций, включенных в реестр страховых медицинских организаций.

Действие этого правила рассчитано на переходный период. Федеральный законодатель не стал форсировать события и принуждать страховые организации создавать представительства во всех субъектах Российской Федерации. По мере расширения присутствия страховых медицинских организаций в субъектах Российской Федерации применение комментируемой нормы может прекратиться. Вместе с тем не исключена и вероятность того, что в некоторых субъектах Российской Федерации страховые медицинские организации не смогут начать работать.

## **Статья 15. Медицинские организации в сфере обязательного медицинского страхования**

**1.** Для целей настоящего Федерального закона к медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования (далее — медицинские организации) относятся имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее также — реестр медицинских организаций), в соответствии с настоящим Федеральным законом:

- 1)** организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы;
- 2)** индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой.

**2.** Медицинская организация включается в реестр медицинских организаций на основании уведомления, направляемого ею в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. Территориальный фонд не вправе отказать медицинской организации

во включении в реестр медицинских организаций. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации могут быть установлены иные сроки подачи уведомления вновь создаваемыми медицинскими организациями.

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

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

5. Медицинская организация осуществляет свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

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

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

1. Комментируемая статья раскрывает элементы правового статуса такого участника обязательного медицинского страхования, как медицинские организации. К медицинским организациям отнесены как коллективные субъекты — организации любых организационно-правовых форм, предусмотренных законодательством Российской Федерации, так и индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой.

Закон устанавливает два обязательных требования для введения той или иной медицинской организации в число участников обязательного медицинского страхования:

1) наличие права на осуществление медицинской деятельности (наличие соответствующей лицензии);

2) включение организации в специальный реестр — реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

В соответствии со ст. 37<sup>1</sup> Основ законодательства об охране здоровья граждан медицинская помощь оказывается в медицинских организациях, получивших лицензию на медицинскую деятельность. Медицинская помощь оказывается также лицами, занимающимися частной медицинской практикой, при наличии у них лицензии на медицинскую деятельность. Медицинская деятельность представляет собой выполнение работ (услуг) по оказанию доврачебной, амбулаторно-поликлинической, стационарной, высокотехнологичной, скорой и санаторно-курортной медицинской помощи.

Общие положения, регламентирующие порядок осуществления лицензирования, установлены Федеральным законом от 08.08.2001 № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»<sup>97</sup>. Согласно ч. 2 ст. 17 данного Закона подзаконными нормативными правовыми актами должен быть установлен перечень работ и услуг, включаемых в содержание медицинской деятельности. Положение о лицензировании медицинской деятельности утверждено постановлением Правительства Российской

---

<sup>97</sup> СЗ РФ. 2001. № 33 (ч. 1). Ст. 3430.



Федерации от 22 января 2007 г. № 30<sup>98</sup>. Приложением к Положению является Перечень работ (услуг) при осуществлении медицинской деятельности.

В соответствии с Положением лицензирование медицинской деятельности осуществляют органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в части деятельности, осуществляемой организациями муниципальной и частной систем здравоохранения (за исключением деятельности по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи), а также Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития — в части деятельности, осуществляемой организациями государственной системы здравоохранения, а также деятельности, осуществляемой организациями муниципальной и частной систем здравоохранения по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи. Лицензия предоставляется на 5 лет; ее срок может быть продлен в порядке, предусмотренном для переоформления лицензии.

Правоприменительная практика сформировала определенные правовые позиции, касающиеся деятельности медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования. И хотя такие позиции были сформулированы в связи с действием норм Закона Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», некоторые из них применимы и в новых условиях обязательного медицинского страхования.

Так, постановлением президиума Высшего Арбитражного Суда Российской Федерации от 19.06.2007 № 1936/07 оставлено без изменения решение суда первой инстанции, обязывающее страховую медицинскую организацию оплатить медицинской организации затраты по оказанию медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования в период функционирования медицинской организации без лицензии. Как указал Президиум ВАС РФ, отказ страховой организации от оплаты оказанных медицинским учреждением медицинских ус-

---

<sup>98</sup> СЗ РФ. 2007. № 5. Ст. 656.

луг в упомянутый период как нецелевое расходование средств обязательного медицинского страхования нельзя признать обоснованным. Это связано с тем, что, во-первых, целью создания и функционирования медицинской организации (в рассматриваемом деле — больницы) является оказание медицинской помощи. Кроме того, в период, когда срок действия лицензии медицинской организации закончился, а новая еще не была выдана, больница продолжала действовать как организация, объединяющая специалистов медицинского профиля, созданная для оказания услуг не только в рамках обязательного медицинского страхования, но и на платной основе. При наличии необходимых специалистов и оборудования больница была не вправе отказать в оказании медицинской помощи обратившимся лицам. Поэтому в силу норм ст. 781 Гражданского кодекса Российской Федерации, а также с учетом того, что в упомянутый период больница функционировала в условиях не отсутствия лицензии, а ожидания ее выдачи на новый срок, поскольку своевременно начала процедуру по ее оформлению, но не получила по не зависящим от нее причинам, Президиум ВАС РФ посчитал правомерными решения судов первой и апелляционной инстанций, обязывающих страховую медицинскую организацию оплатить оказанную медицинской организацией медицинскую помощь в рамках обязательного медицинского страхования.

2. Закон устанавливает уведомительный порядок формирования реестров медицинских организаций. Для включения в соответствующий реестр медицинской организации необходимо до 1 сентября года, предшествующего тому, в котором организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, направить в территориальный фонд уведомление. Законом не исключается возможность установления и иных сроков подачи уведомлений для вновь создаваемых медицинских организаций.

В соответствии с разделом VI Правил обязательного медицинского страхования уведомление может быть подано как в бумажном виде, так и в электронном через официальный интернет-сайт территориального фонда. Правила обязательного медицин-

ского страхования устанавливают перечень сведений, которые должны быть отражены в направляемом уведомлении. В их числе: наименование медицинской организации (или фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой); адрес (место) нахождения медицинской организации (индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой); организационно-правовая форма медицинской организации; контактные сведения; наименование, номер, дата выдачи и дата окончания действия разрешения на медицинскую деятельность и др. Помимо уведомления медицинская организация представляет в территориальный фонд также копии документов, которые подтверждают перечисленные сведения о медицинской организации. Если уведомление подано в электронном виде, то копии подтверждающих документов представляются в фонд в течение семи рабочих дней с даты направления уведомления.

На официальных сайтах некоторых территориальных фондов размещены требования к медицинским организациям, предъявляемые для включения последних в систему обязательного медицинского страхования. Например, Московский городской фонд обязательного страхования устанавливает перечень документов, необходимых для представления медицинской организацией, в том числе: лицензия, выданная Росздравнадзором; документ, подтверждающий полномочия лица на осуществление действий от имени медицинской организации; документы, содержащие сведения о наличии оборудования и соответствующих технических работников для обеспечения защиты персональных данных, обрабатываемых в медицинской организации, и ведения персонализированного учета застрахованных лиц и оказанной им медицинской помощи; документы, содержащие информацию о наличии оборудования и составе специалистов (в том числе копии сертификатов специалистов) и подтверждающие готовность организации к выполнению территориальной программы обязательного медицинского страхования; размещение медицинской организацией необходимой информации для застрахованных лиц на собственном официальном сайте в сети Интернет.

Подача всех необходимых документов и уведомления являются основанием для включения организации в соответствующий реестр, которое осуществляется территориальным фондом в присутствии представителя медицинской организации посредством присвоения реестрового номера. При этом Закон устанавливает обязанность территориального фонда включить уведомившую его организацию в соответствующий реестр (при условии, что такая организация отвечает всем законодательно установленным требованиям). В том случае, когда территориальным фондом выявлено несоответствие документов установленным Правилами обязательного медицинского страхования требованиям, медицинской организации предлагается внести соответствующие уточнения. Главное условие — соблюдение установленных Законом сроков подачи уведомления.

Актуализация сведений, содержащихся в реестре, обеспечивается обязанностью медицинской организации уведомлять территориальный фонд об изменениях сведений об организации, подлежащих отражению в реестре (в течение двух рабочих дней с момента изменения), и обязанностью фонда в установленные сроки (пять рабочих дней) вносить соответствующие изменения в реестр.

3. Часть 3 комментируемой статьи определяет некоторые требования к ведению реестра медицинских организаций, в том числе именуется ряд сведений, обязательных к отражению в реестре. Кроме того, в целях обеспечения доступности застрахованному лицу информации о медицинских организациях, включенных в систему обязательного медицинского страхования, Закон возлагает на территориальный фонд обязанность по ведению такого реестра и размещению его на официальном интернет-сайте фонда. Не исключены и иные способы опубликования реестра медицинских организаций.

Закон устанавливает, что порядок ведения реестра, его форма и перечень сведений устанавливаются Правилами обязательного медицинского страхования.

Раздел VI Правил, конкретизируя нормы Закона, определяет, что каждый территориальный фонд ведет реестр медицин-

ских организаций субъекта Российской Федерации. Вместе с тем каждый из таких реестров является составной частью единого реестра медицинских организаций, ведение которого возлагается на Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.

Правила обязательного медицинского страхования устанавливают достаточно подробный перечень сведений, составляющих реестр. Помимо наименования организации, ее адреса и перечня услуг, поименованных в качестве обязательных сведений Законом, в реестре также отражаются идентифицирующие сведения (КПП, ИНН); организационно-правовая форма; лицензионные сведения; сведения о включении и исключении организации из реестра и др.

**4.** В целях обеспечения предоставления гражданам медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования Закон устанавливает запрет для медицинских организаций, включенных в соответствующий реестр, выхода из числа организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в течение года, когда они осуществляют деятельность в данной сфере. Исключением из этого правила являются случаи ликвидации медицинской организации, утраты права на осуществление медицинской деятельности, банкротства или иные предусмотренные законодательством Российской Федерации случаи. Если медицинская организация в связи с перечисленными случаями вышла из системы обязательного медицинского страхования, то исключение ее из реестра осуществляется в течение одного дня с даты получения фондом соответствующих сведений.

Контроль за соблюдением порядка ведения реестра, осуществления действий по включению и исключению медицинских организаций из реестра, а также мониторинг деятельности организаций в сфере обязательного медицинского страхования возложены на Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.

**5.** Закон устанавливает, что основанием осуществления медицинской организацией деятельности в сфере обязательного ме-

дицинского страхования является договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Подробно содержание такого договора раскрывается в гл. 8 и ст. 39 Закона.

Согласно положениям Закона такой договор заключается между медицинской организацией и страховой медицинской организацией. По нему на медицинскую организацию возлагается обязанность оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а на страховую медицинскую организацию — оплатить оказанную медицинскую помощь.

6. Поскольку медицинские организации, в том числе бюджетные учреждения, вправе оказывать платную медицинскую помощь вне системы обязательного медицинского страхования, Закон обязывает медицинские организации вести отдельный учет по операциям со средствами обязательного медицинского страхования.

7. Часть 7 комментируемой статьи определяет право медицинской организации, находящейся за пределами Российской Федерации, но соответствующей всем предъявляемым требованиям, быть включенной в систему обязательного медицинского страхования.

Такие медицинские организации оказывают медицинскую помощь застрахованным лицам при возникновении страхового случая за пределами территории Российской Федерации. Оказав помощь, такая организация формирует и направляет счет и реестр счетов в территориальный фонд по месту страхования застрахованного лица. Территориальный фонд в течение 25 дней с даты получения счета в электронном виде осуществляет оплату медицинской помощи с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию по действующим на территории оказания медицинской помощи тарифам и способам оплаты медицинской помощи на дату завершения случая оказания медицинской помощи и направляет в медицинскую организацию за пределами Российской Федерации соот-

ветствующее извещение об оплате. Медицинская организация, находящаяся за пределами Российской Федерации, представляет отчетность о деятельности в сфере обязательного медицинского страхования в территориальный фонд по месту нахождения организации, являющейся учредителем указанной медицинской организации.

## **Глава 4**

### **Права и обязанности застрахованных лиц, страхователей, страховых медицинских организаций и медицинских организаций**

#### **Статья 16. Права и обязанности застрахованных лиц**

**1. Застрахованные лица имеют право на:**

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

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

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

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

**3) замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении**



обязательного медицинского страхования в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию;

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

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

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

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

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

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

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

## 2. Застрахованные лица обязаны:

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

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

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

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

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

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

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

6. Сведения о гражданах, не обратившихся в страховую медицинскую организацию за выдачей им полисов обязательного медицин-

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

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

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

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

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

1. В п. 1, 2 ст. 16 Закона устанавливаются права и обязанности застрахованных лиц, а п. 3–7 ст. 16, регламентируя также правовой статус застрахованных лиц, определяют механизм реализации прав и обязанностей. Однако реализация положений, закрепленных в комментируемой норме Закона, предполагает принятие ряда нормативных правовых актов.

Так, бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации возможно только в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, которая утверждается ежегодно<sup>99</sup>. Бесплатно в

---

<sup>99</sup> На сегодняшний день действует Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 г., утвержденная постановлением Правительства РФ от 04.10.2010 № 782. Вступление же в силу ст.ст. 35, 36 комментируемого закона, регламентирующих вопросы базовой и территориальных программ ОМС, предусмотрено только с 1 января 2012 г.

рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования<sup>100</sup>, то есть в объеме, гарантированном базовой программой обязательного медицинского страхования, и выше этого уровня — на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования. Для реализации указанных гарантий требуется разработка на федеральном уровне единых требований к территориальным программам (содержатся в базовой программе) и разработка собственно территориальной программы на уровне субъекта Российской Федерации.

В зарубежной практике, в частности в Канаде, система государственного медицинского страхования обеспечивает бесплатный доступ всех граждан к базовым медицинским услугам, которые могут оказываться как государственными, так и частными медицинскими организациями. Вместе с тем в соответствии с Законом о здоровье (Canada Health Act (R.S., 1985, с. 6), провинция, где застрахованное лицо постоянно либо преимущественно проживает, обязана оплатить расходы гражданина на лечение в больнице либо у самостоятельно практикующего врача, однако объем оплачиваемых медицинских услуг, покрываемых страховой программой, в разных провинциях различен. Указанное обстоятельство приобретает особое значение в случае оплаты отдельных дорогостоящих лекарств, выписанных по рецепту, оплаты стационарного лечения, лечения на дому, лечения у зубного врача, а в ряде случаев и вызова скорой помощи на дом. Система софинансирования программ медицинского страхования федеральным правительством Канады позволила способствовать унификации в подходах к организации

---

<sup>100</sup> Информационное письмо Минздравсоцразвития РФ от 17.12.2010 № 20-2/10/2-12028 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год» // СПС «КонсультантПлюс», «Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи», утв. Минздравом РФ № 2510/9257-01, ФОМС № 3159/40-1 28.08.2001 г. // Здравоохранение. 2002. № 3, 4.

региональных программ медицинского страхования и соответственно оказываемых медицинских услуг. Законом о здоровье устанавливается требование полноты охвата услуг, оказываемых медицинскими учреждениями, то есть программа должна охватывать все услуги медицинского учреждения, необходимые для лечения.

Выбор страховой медицинской организации является как правом, так и обязанностью застрахованного гражданина. В ряде случаев такое право носит ограниченный законом характер. Обратимся к указанным категориям.

Право выбора, замены страховой медицинской организации соответствует обязанности территориального фонда опубликовать на своем официальном сайте в сети Интернет, а дополнительно и иными способами реестр страховых медицинских организаций, из числа которых застрахованное лицо осуществляет выбор. Реестр страховых медицинских организаций содержит следующие сведения:

- 1) код субъекта Российской Федерации по ОКАТО, где расположена страховая медицинская организация;
- 2) код страховой медицинской организации в кодировке единого реестра страховых медицинских организаций;
- 3) код причины постановки на учет;
- 4) идентификационный номер налогоплательщика;
- 5) полное и краткое наименование страховой медицинской организации (филиала) в соответствии с ЕГРЮЛ;
- 6) организационно-правовая форма страховой медицинской организации;
- 7) головная организация, обособленное подразделение (филиал);
- 8) адрес (место) нахождения страховой медицинской организации, юридический адрес;
- 9) адрес (место) нахождения обособленного подразделения (филиала) страховой медицинской организации на территории субъекта Российской Федерации (при наличии);
- 10) фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон и факс руководителя, адрес электронной почты;

11) фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон и факс, адрес электронной почты руководителя обособленного подразделения (филиала) страховой медицинской организации на территории субъекта Российской Федерации;

12) сведения о лицензии (номер, дата выдачи и окончания срока действия);

13) дата включения страховой медицинской организации в реестр страховых медицинских организаций;

14) дата исключения страховой медицинской организации из реестра страховых медицинских организаций;

15) причина исключения страховой медицинской организации из реестра страховых медицинских организаций;

16) численность застрахованных лиц страховой медицинской организацией в субъекте Российской Федерации на дату подачи уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования<sup>101</sup>.

Реализация указанного права предполагает подачу заявления о выборе или замене страховой организации лично либо через представителя непосредственно в самой организации. Вместе с тем порядок же подачи указанного заявления регламентируется правилами обязательного медицинского страхования<sup>102</sup>, которые утверждаются Минздравсоцразвития России. Дополнительно к заявлению о выборе (замене) страховой медицинской организации представляются следующие документы или их заверенные копии, необходимые для регистрации в качестве застрахованного лица:

1) для детей после государственной регистрации рождения и до четырнадцати лет, являющихся гражданами Российской Федерации:

свидетельство о рождении;

документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка;

---

<sup>101</sup> Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158-н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован в Минюсте 03.03.2011 г.) // Российская газета. № 51. 11 марта 2011 г.

<sup>102</sup> Российская газета. № 51. 11 марта 2011 г.

страховой номер индивидуального лицевого счета, принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии) (далее — СНИЛС);

2) для граждан Российской Федерации в возрасте четырнадцати лет и старше:

документ, удостоверяющий личность (паспорт гражданина Российской Федерации, временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта);

СНИЛС (при наличии);

3) для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»<sup>103</sup> — удостоверение беженца или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, или копия жалобы на решение о лишении статуса беженца в Федеральную миграционную службу с отметкой о ее приеме к рассмотрению;

4) для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации:

паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

вид на жительство;

СНИЛС (при наличии);

5) для лиц без гражданства, постоянно проживающих в Российской Федерации:

документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

вид на жительство;

СНИЛС (при наличии);

---

<sup>103</sup> Федеральный закон от 19.02.1993 № 4528-1 «О беженцах» // Российская газета. № 126. 3 июня 1997 г.

б) для иностранных граждан, временно проживающих в Российской Федерации:

паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации;

СНИЛС (при наличии);

7) для лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации:

документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации;

либо документ установленной формы, выдаваемый в Российской Федерации лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность

СНИЛС (при наличии);

8) для представителя застрахованного лица:

документ, удостоверяющий личность;

доверенность на регистрацию в качестве застрахованного лица в выбранной страховой медицинской организации, оформленной в соответствии со ст. 185 части первой Гражданского кодекса Российской Федерации<sup>104</sup>;

9) для законного представителя застрахованного лица:

документ, удостоверяющий личность, и (или) документ, подтверждающий полномочия законного представителя;

10) для лиц без определенного места жительства и занятий (в том числе детей) при отсутствии документов, удостоверяющих личность, учреждениями социальной помощи<sup>105</sup> пред-

---

<sup>104</sup> Российская газета. № 238-239. 8 декабря 1994 г.

<sup>105</sup> Постановление Правительства российской Федерации от 08.06.1996 № 670 «Об утверждении Примерного положения об учреждении социальной помощи для лиц без определенного места жительства и занятий» // Российская газета. № 134. 18 июля 1996 г.



ставляется ходатайство о регистрации в качестве застрахованного лица, содержащее:

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 территориального фонда;

11) 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 территориального фонда.

В случае подачи медицинской организацией ходатайства об идентификации застрахованного лица территориальный фонд осуществляет в течение пяти рабочих дней со дня получения ходатайства проверку на наличие у застрахованного лица действующего полиса в едином регистре застрахованных лиц. Результаты проверки территориальный фонд в течение трех рабочих дней представляет в медицинскую организацию<sup>106</sup>.

Право замены страховой медицинской организации ограничено разовой возможностью в течение календарного года и не позднее 1 ноября. Однако из общего правила есть исключение — смена места жительства и прекращение действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. В этом случае застрахованное лицо обязано подать заявление о выборе страховой медицинской организации в течение одного месяца. Следуя логике, общее правило о сроках и количественных характеристиках замены в данном случае не действует.

---

<sup>106</sup> Российская газета. № 51. 11 марта 2011 г.

Указанные два основания для выбора страховой медицинской организации не тождественны.

При досрочном расторжении договора о финансовом обеспечении по инициативе страховой медицинской организации страховая медицинская организация за три месяца до даты его расторжения обязана уведомить застрахованных лиц о намерении расторгнуть договор и о необходимости выбора застрахованными лицами другой страховой медицинской организации<sup>107</sup>.

Следует отметить, что право выбора страховой медицинской организации связано с приобретением гражданином дееспособности, в том числе с достижением совершеннолетия. До момента ее приобретения: 1) со дня рождения до момента государственной регистрации рождения — осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы мать или другие законные представители ребенка (отец, усыновитель, попечитель); 2) после дня государственной регистрации рождения ребенка и до момента приобретения дееспособности — осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из родителей или законным представителем ребенка.

Помимо указанных случаев, когда выбор страховой медицинской организации для гражданина является обязанностью, его неосуществление рассматривается как установленная законом возможность «реализации предоставленного права», которая влечет за собой прикрепление к той страховой медицинской организации, в которой лицо было застраховано ранее (при ее наличии на территории того субъекта, в котором данное лицо проживает).

Если гражданин, ранее не застрахованный по обязательному медицинскому страхованию, не обратился в страховую медицинскую организацию за выдачей ему полиса обязательного медицинского страхования — не осуществил выбор страховой медицинской организации, то ежемесячно до 10-го числа соответствующие сведения направляются территориальным фондом в страховые медицинские организации в субъекте Российской Федерации. Производится заключение договоров о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, соблю-

---

<sup>107</sup> Российская газета. № 51. 11 марта 2011 г.

дая пропорциональность между работающими гражданами и неработающими гражданами, не обратившимися в страховую медицинскую организацию.

На застрахованных лиц возлагается также право выбора медицинской организации из числа медицинских организаций, включенных в реестр, размещенный на официальном сайте в сети Интернет территориальным фондом субъекта Российской Федерации. В реестре содержатся наименования, адреса медицинских организаций и перечень услуг, оказываемых данными медицинскими организациями в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Гарантии реализации прав, предоставленных в рамках комментируемой статьи застрахованным гражданам, находят отражение в обязанности страховых медицинских организаций предоставлять информацию о правах и обязанностях застрахованного лица — видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи, о выявленных по обращениям застрахованных лиц нарушениях при предоставлении медицинской помощи, о праве выбора или замены страховой медицинской организации, медицинской организации, порядке получения полиса обязательного медицинского страхования, а также об обязанностях застрахованных лиц<sup>108</sup>. Право получения достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи от территориального фонда гарантирует право выбора застрахованным лицом страховой медицинской и медицинской организации на основе данных, носящих соответствующий действительности, актуальный характер и представленный в сети Интернет, в средствах массовой информации.

Право на получение достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи от территориального фонда и медицинской организации также предоставлено застрахованным лицам. В судебной практике нередки иски о возмещении причиненного вреда гражданину по отдель-

---

<sup>108</sup> Письмо Минздравсоцразвития РФ от 21.12.2010 № 20-0/10/2-12180 «Об информировании застрахованных лиц о деятельности субъектов и участников обязательного медицинского страхования» // СПС «КонсультантПлюс».

ным основаниям в условиях его неинформирования об имеющихся осложнениях. Однако судами не всегда дается правовая оценка данному обстоятельству ввиду недостаточности доказательственной информации со стороны истца. В связи с этим представляет интерес, что, например, в Испании перечень медицинских услуг, финансируемых за счет средств системы социального обеспечения или целевых государственных фондов системы здравоохранения, включает информационное и документационное медобслуживание. Создано Информационное управление системы соцобеспечения для координации и контроля за порядком оказания соответствующих информационных услуг разными учреждениями социальной сферы.

Застрахованным лицам также предоставлено право выбора врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача, путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации.

Комментируемым Федеральным законом закрепляется обязанность застрахованных граждан уведомлять страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли. Указанное продиктовано необходимостью ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, в котором используются персональные данные должны носить достоверный характер. Страховая медицинская организация, в свою очередь, обязана обеспечить защиту персональных данных лиц от несанкционированного доступа и искажений в соответствии с установленными законодательством Российской Федерации требованиями по защите персональных данных<sup>109</sup>. В случае разглашения персональных данных,

---

<sup>109</sup> Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» // Российская газета. № 165. 29 июля 2006 г.; Указ Президента РФ от 06.03.1997 № 188 «Об утверждении Перечня сведений конфиденциального характера» // Российская газета. № 51. 14 марта 1997 г.; Федеральный закон от 01.04.1996 № 27-ФЗ «Об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования» // Российская газета. № 68. 10 апреля 1996 г.

лица ответственные за ее защиту несут дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в зависимости от причиненного гражданину ущерба.

Для реализации права на бесплатную медицинскую помощь гражданин обязан предъявить полис, о необходимости получения которого в течение трех рабочих дней с момента получения сведений из территориального фонда страховая медицинская организация информирует застрахованное лицо в письменном виде, сообщая о факте страхования. Исключения составляют случаи оказания экстренной медицинской помощи. Это оказание скорой медицинской помощи больным (пострадавшим), доставленным выездными бригадами скорой медицинской помощи, бригадами специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи, а также самостоятельно обратившимся за оказанием скорой медицинской помощи. Скорая медицинская помощь оказывается гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях), осуществляется безотлагательно лечебно-профилактическими учреждениями независимо от территориальной, ведомственной подчиненности и формы собственности медицинскими работниками<sup>110</sup>.

Полис выдается страховой медицинской организацией. В случаях, установленных правилами обязательного медицинского страхования, может быть выдано временное свидетельство.

Временное свидетельство содержит:

- 1) наименование страховой медицинской организации с указанием адреса и контактного телефона;
- 2) фамилию, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица;
- 3) дату рождения застрахованного лица;
- 4) место рождения застрахованного лица;
- 5) пол застрахованного лица;

---

<sup>110</sup> Приказ Минздравсоцразвития РФ от 01.11.2004 № 179 «Об утверждении Порядка оказания скорой медицинской помощи» // Российская газета. № 263. 26 ноября 2004 г.

б) сведения о документе, удостоверяющем личность застрахованного лица, с указанием вида, серии, номера, кем выдан и даты выдачи;

7) номер и дату выдачи временного свидетельства;

8) срок действия временного свидетельства;

9) подпись застрахованного лица;

10) фамилию, имя, отчество (при наличии) представителя страховой медицинской организации, уполномоченного на осуществление функций по выдаче временного свидетельства;

11) подпись представителя страховой медицинской организации, уполномоченного на осуществление функций по выдаче временного свидетельства.

Временное свидетельство действительно до момента получения полиса, но не более тридцати рабочих дней с даты его выдачи. На период оформления полиса застрахованному лицу оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая осуществляется при предъявлении временного свидетельства<sup>111</sup>.

Теперь гражданин согласно комментируемому Федеральному закону получает полис самостоятельно, однако до 1 мая 2011 г. работодатели в соответствии с прежним порядком оформляют полисы работникам. В большинстве регионов полисы работникам выдают по месту основной работы или в представительстве страховой компании, с которой у работодателя заключен договор обязательного медицинского страхования. При увольнении работник должен сдать полис. А работодатель по новому месту работы выдает другой полис. С 1 мая до введения на территориях субъектов Российской Федерации универсальных электронных карт изготовление полисов обязательного медицинского страхования организуется Федеральным фондом, выдача их застрахованным лицам осуществляется в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, утверждаемыми Минздравсоцразвития России<sup>112</sup>.

---

<sup>111</sup> Российская газета. № 51. 11 марта 2011 г.

<sup>112</sup> Постановление Правительства РФ от 15.02.2011 г. № 74 «О правилах обязательного медицинского страхования» // Российская газета. № 35, 18 февраля 2011 г.

В США действует сходная с ранее применяемой в Российской Федерации система, когда федеральным органом исполнительной власти, Администрацией Социального Обеспечения, заключаются договоры с юридическими лицами на исполнение программы обязательного медицинского страхования. Круг и количество организаций определяются Администрацией самостоятельно, законодательство не содержит соответствующих ограничений.

В числе прав застрахованных лиц указано также право на возмещение страховой медицинской организацией, а также медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ими обязанностей по организации предоставления медицинской помощи; на защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования (подп. 8–10 п. 1 ст. 16 Федерального закона).

Зарубежная практика демонстрирует различные механизмы и возможности защиты прав и законных интересов в соответствующей сфере. Так, в Великобритании существует страховой Омбудсмен, который обеспечивает защиту прав потребителей на рынке страховых услуг. Контроль за надлежащим исполнением страховщиками своих обязательств в области медицинского страхования осуществляется в рамках контроля за порядком осуществления страховой деятельности. Во Франции защиту прав и законных интересов обеспечивают специальные контролеры и инспекторы социального обеспечения, назначаемые Министром по труду и социальному обеспечению, посредством реализации ими контрольных полномочий, состоящих в выявлении нарушений и составлении по их результатам протоколов, направляемых в региональную дирекцию социального обеспечения. Последние, в свою очередь, могут быть переданы прокурору для проведения расследования. В Великобритании согласно Закону 2006 г. «О здоровье» в случае обнаружения медицинских ошибок (в ходе контроля за исполнением стандартов здравоохранения органами здравоохранения) и специальная комиссия по инспекции и аудиту здравоохранения проводит расследование.

В Российской Федерации ФОМС в рамках исполнения государственной функции «организация обеспечения своевременного и полного рассмотрения устных и письменных обращений граждан с уведомлением заявителей о принятии по ним решений и направление ответов в установленный законодательством Российской Федерации срок», реализует меры, направленные на восстановление или защиту нарушенных прав, свобод и законных интересов гражданина в связи с его обращением<sup>113</sup>.

Территориальный фонд предъявляет в интересах застрахованного лица требования к страхователю, страховой медицинской организации и медицинской организации, в том числе в судебном порядке, связанные с защитой его прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования<sup>114</sup>. Страховая медицинская организация обязуется согласно договору осуществлять деятельность по защите прав и законных интересов застрахованных лиц в порядке, установленном законодательством Российской Федерации<sup>115</sup>.

В страховых медицинских организациях, организующих службу представителей страховых медицинских организаций по осуществлению в медицинских организациях, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования, работы по защите прав и законных интересов застрахованных лиц, представители страховых медицинских организаций принимают участие в подготовке и размещении информационных материа-

---

<sup>113</sup> Приказ Минздравсоцразвития РФ от 03.12.2009 № 947н «Об утверждении Административного регламента Федерального фонда обязательного медицинского страхования по исполнению государственной функции «Организация обеспечения своевременного и полного рассмотрения устных и письменных обращений граждан с уведомлением заявителей о принятии по ним решений и направление ответов в установленный законодательством Российской Федерации срок» // Российская газета. № 36. 19 февраля 2010 г.

<sup>114</sup> Приказ Минздравсоцразвития РФ от 21.01.2011 № 15н «Об утверждении Типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования» // Российская газета. № 29. 11 февраля 2011 г.

<sup>115</sup> Приказ Минздравсоцразвития РФ от 24.12.2010 № 1185н «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования на 2011 год» // Российская газета. № 29. 11 февраля 2011 г.



лов по защите прав застрахованных лиц и результатам контроля, а также обеспечивают получающих в медицинских организациях медицинскую помощь застрахованных лиц информационно-разъяснительными материалами по вопросам их прав<sup>116</sup>.

В случае причинения вреда жизни и здоровью застрахованного лица он возмещается в порядке, установленном § 3 гл. 59 ГК РФ<sup>117</sup>. Действуют приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»<sup>118</sup>, приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 229 «Об утверждении формы акта о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании»<sup>119</sup>, приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 228 «Об утверждении перечня должностных лиц Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, уполномоченных составлять акты о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании, рассматривать дела о таких нарушениях и налагать штрафы»<sup>120</sup>.

Согласно п. 1 ст. 1064 ГК РФ вред, причиненный личности и имуществу гражданина, подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред. В соответствии с ч. 1 ст. 1068 ГК РФ юридическим лицом либо гражданином возмещению подлежит вред, причиненный его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей. Оценке под-

---

<sup>116</sup> Приказ ФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» // Российская газета. № 20. 2 февраля 2011 г.

<sup>117</sup> См.: § 3 Гл. 59 Гражданского кодекса Российской Федерации (часть вторая) от 26.01.1996 № 14-ФЗ // СЗ РФ. 29.01.1996. № 5. Ст. 410.

<sup>118</sup> Российская газета. № 20. 2 февраля 2011 г.

<sup>119</sup> Российская газета. № 295. 29 декабря 2010 г.

<sup>120</sup> Российская газета. 29 декабря 2010 г.

лежит фактическое соответствие оказанной медицинской помощи стандартам Минздравсоцразвития России, наличие причинно-следственной связи между действиями врачей и возникшими после этого заболеваниями — на основе исследований экспертов.

Наряду с материальным вредом компенсации подлежит и моральный вред (ст. ст. 151, 1099 ГК РФ), размер которого определяется по правилам ст. 1101 ГК РФ — оцениваются индивидуальные особенности потерпевшего, характер причиненных физических и нравственных страданий, степень вины причинителя вреда, а также требования разумности и справедливости.

## **Статья 17. Права и обязанности страхователей**

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

**2. Страхователь обязан:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**1. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» во многом изменяет положение страхователей в системе обязательного медицинского страхования. В частности, со страхователей снимается обязанность заключать договор обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией. Право выбора страховой медицинской организации закрепляется непосредственно за застрахованными лицами. Это изменение повлекло за собой и пересмотр прав и обязанностей страхователей. В основном закрепляемые права и обязанности характеризуют отношения страхователей с органами, осуществляющими регистрацию страхователей и контроль за уплатой страховых взносов на обязательное медицинское страхование. При этом следует отметить, что права и**

обязанности, нашедшие отражение в ст. 17 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», определяют положение страхователей именно в системе обязательного медицинского страхования.

Кроме этих прав и обязанностей субъекты обязательного медицинского страхования, наделяемые статусом страхователей, имеют и другие права и обязанности. Например, страхователи, выступая одновременно в качестве плательщиков страховых взносов, имеют права, закрепленные в Федеральном законе от 24.07.2009 № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования»<sup>121</sup>.

Права, а также обязанности страхователей вне зависимости от видов обязательного социального страхования закрепляются и в Федеральном законе от 16.07.1999 № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» (ст. 12).

В комментируемой статье устанавливается право страхователей на получение определенной информации. Как следует из нормы Федерального закона, данная информация касается реализации основных обязанностей страхователей. К ней, в частности относится информация, связанная с регистрацией страхователей; уплатой им страховых взносов на обязательное медицинское страхование. Законодатель не уточнил характер запрашиваемой информации. Поэтому страхователь, исходя из его места в системе обязательного медицинского страхования, может запросить как общую информацию о регистрации страхователей, уплате ими страховых взносов, так и ту информацию, которая касается исполнения обратившимся страхователем обязанностей, предусмотренных ч. 2 комментируемой статьи.

Информационное обеспечение страхователей как плательщиков страховых взносов подкрепляется также положениями Федерального закона «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования

---

<sup>121</sup> СЗ РФ. 2009. № 30. Ст. 3738.

Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования». В соответствии со ст. 28 указанного Федерального закона плательщик страховых взносов имеет право получать по месту своего учета от органов контроля за уплатой страховых взносов бесплатно информацию (в том числе в письменной форме) о законодательстве Российской Федерации о страховых взносах и принятых в соответствии с ним нормативных правовых актах, порядке исчисления и уплаты страховых взносов, правах и обязанностях плательщиков страховых взносов, полномочиях органов контроля за уплатой страховых взносов и их должностных лиц, а также получать формы расчетов по начисленным и уплаченным страховым взносам и разъяснения о порядке их заполнения. Также плательщик страховых взносов имеет право получать от федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере социального страхования, письменные ответы на вопросы, касающиеся применения законодательства Российской Федерации о страховых взносах.

Право страхователей, закрепленное в ст. 17 Федерального закона «Об обязательном страховании в Российской Федерации», конкретизируется в других нормативных правовых актах. Например, в Порядке регистрации и снятия с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан территориальными фондами обязательного медицинского страхования, утвержденном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.12.2010 № 1168н, за территориальными фондами обязательного социального страхования закреплена обязанность по заявлению страхователей предоставлять информацию, связанную с регистрацией и снятием с регистрационного учета.

Праву страхователей на получение информации в соответствии с комментируемой статьей должна корреспондировать обязанность Федерального фонда, территориальных фондов обязательного медицинского страхования предоставлять соответ-

ствующую информацию. Именно такая модель позволит обеспечить реализацию указанного права страхователей.

Следует отметить, что законодательством предусмотрена специальная защита сведений о плательщиках страховых взносов во внебюджетные фонды. Так, в соответствии с Федеральным законом «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования» любые полученные органом контроля за уплатой страховых взносов, другим органом государственного внебюджетного фонда сведения о плательщике страховых взносов относятся к информации с ограниченным доступом (ст. 32). Исключения составляют сведения, разглашенные плательщиком страховых взносов самостоятельно или с его согласия; сведения о нарушениях законодательства Российской Федерации о страховых взносах и мерах ответственности за эти нарушения; сведения, предоставляемые уполномоченным органам других государств в соответствии с международными договорами, одной из сторон которых является Российская Федерация, о взаимном сотрудничестве в области обязательного социального страхования (в части сведений, предоставленных этим органам).

2. Обязанности страхователей, которые получили закрепление в ч. 2 ст. 17 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», направлены на реализацию такого основного принципа осуществления обязательного медицинского страхования (п. 3 ст. 4 комментируемого Федерального закона), как обязательность уплаты страхователями страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размерах, установленных федеральными законами.

Обеспечению указанного принципа служат следующие обязанности страхователей: во-первых, страхователи обязаны регистрироваться и сниматься с регистрационного учета в целях обязательного медицинского страхования. Введение обязательной регистрации позволяет обеспечить учет страхователей и осуществление контроля за исполнением ими обязанности по уплате страховых взносов.

В том случае, если страхователи для неработающих граждан нарушили сроки подачи заявления о регистрации или снятия с регистрационного учета, они привлекаются к ответственности на основании ст. 18 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», предусматривающей наложение штрафа в размере пять тысяч рублей.

Во-вторых, страхователи обязаны осуществлять уплату страховых взносов на обязательное медицинское страхование. При этом уплата должна осуществляться своевременно и в полном объеме. Отношения, связанные с исчислением и уплатой страховых взносов на обязательное медицинское страхование, регламентируются Федеральным законом «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования», а также комментируемым Федеральным законом. Исключения составляют правоотношения, связанные с уплатой страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, которые являются предметом регулирования только Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Обязанности страхователей, закрепленные в ч. 2 комментируемой статьи, распространяются на всех без исключения страхователей в системе обязательного медицинского страхования.

3. Как было отмечено выше, реализация обязанности страхователей для неработающих граждан подчинена специальным правилам, установленным Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Данным Федеральным законом определяются особенности реализации указанными страхователями обязанностей, предусмотренных ч. 2 ст. 17. Так, они обязаны представлять в территориальные фонды расчеты по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения в порядке, установленном ч. 11 ст. 24 комментируемого Федерального закона. Страхователи для неработающих граждан ежеквартально в срок не позднее 25-го числа

месяца, следующего за отчетным периодом, представляют в территориальные фонды по месту своей регистрации расчет по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения по форме, утверждаемой уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Указанная форма была утверждена приказом Министерства здравоохранения и социального развития от 23.12.2010 № 1169н<sup>122</sup>. Рекомендации по заполнению данной формы были направлены для использования в работе территориальных фондов обязательного медицинского страхования и доведения до страхователей для неработающих граждан письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.02.2011 № 533/20-1/и<sup>123</sup>.

**4.** Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» изменяет организационную основу регистрации страхователей в системе обязательного медицинского страхования. Исключается регистрация и, соответственно, снятие с регистрационного учета в едином органе. Если ранее регистрация при обязательном медицинском страховании осуществлялась в территориальных фондах обязательного медицинского страхования, то новые правила предусматривают дифференцированный подход в зависимости от вида страхователя. Страхователи для работающих граждан подлежат регистрации и снятию с регистрационного учета в территориальных органах Пенсионного фонда Российской Федерации, а страхователи для неработающих граждан — в территориальных фондах обязательного медицинского страхования. При этом регистрация (снятие с регистрационного учета) последних регламентируется специальным подзаконным нормативным правовым актом уполномоченного федерального органа исполнительной власти.

В соответствии с Федеральным законом от 16.07.1999 № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» порядок регистрации устанавливается федеральными законами о кон-

---

<sup>122</sup> Российская газета. 2011. 21 января.

<sup>123</sup> Данное письмо не было опубликовано.



кретных видах обязательного социального страхования (ст. 9)<sup>124</sup>. Что касается порядка регистрации (снятия с регистрационного учета) страхователей для работающих граждан, то Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании» не определяет, в каком порядке она осуществляется, в то время как в других федеральных законах о конкретных видах обязательного социального страхования содержатся соответствующие нормы. Так, Федеральным законом от 15.12.2001 № 167-ФЗ «Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации» предусматривается, что порядок регистрации страхователей устанавливается страховщиком, то есть Пенсионным фондом Российской Федерации (ст. 11)<sup>125</sup>. Аналогичная отсылочная норма к подзаконному нормативному правовому акту имеется в Федеральном законе от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»<sup>126</sup>. Кроме того, в указанных федеральных законах о конкретных видах обязательного социального страхования и на законодательном уровне достаточно подробно регламентируются отношения в связи с регистрацией и снятием с регистрационного учета страхователей.

Комментируемая статья устанавливает, что не только регистрация (снятие с регистрационного учета) страхователей для работающих граждан, но и контроль за регистрацией и снятием с регистрационного учета указанных страхователей осуществляют территориальные органы Пенсионного фонда Российской Федерации.

Разъединение функций страховщика и органа, осуществляющего регистрацию (снятие с регистрационного учета), должно сопровождаться разработкой механизмов координации и взаимодействия между структурами, данные функции осуществляющими. Таким механизмом стало соглашение об информационном обмене между Пенсионным фондом Российской Феде-

---

<sup>124</sup> СЗ РФ. 1999. № 29. Ст. 3686.

<sup>125</sup> СЗ РФ. 2001. № 51. Ст. 4832.

<sup>126</sup> Российская газета. 2006. 31 декабря.

рации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования. Законодатель возложил на Пенсионный фонд Российской Федерации и его территориальные органы обязанность предоставлять данные о контроле за регистрацией и снятием с регистрационного учета страхователей для работающих граждан в системе обязательного медицинского страхования. Порядок предоставления этих данных должен определяться названным выше соглашением. Соответствующее Соглашение между Пенсионным фондом Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования было подписано 31.12.2010 г. В соответствии с подп. 4.1.1.2 и 4.1.2.1 данного Соглашения сведения о регистрации (снятии с регистрационного учета) страхователей в отделениях Пенсионного фонда Российской Федерации в качестве плательщиков на основании сведений о юридических лицах и индивидуальных предпринимателях из Единого государственного реестра юридических лиц и Единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей передаются в территориальные фонды обязательного медицинского страхования ежедневно, а о регистрации иных страхователей — ежемесячно. В последнем случае начало информационного обмена обусловлено датой подписания протокола информационного обмена в соответствии с настоящим Соглашением и готовностью программно-технического обеспечения сторон Соглашения, но не позднее 15 апреля 2011 г.

5. В отличие от регистрации страхователей для работающих граждан в комментируемой статье подробнее регламентируются отношения по поводу регистрации и снятия с регистрационного учета страхователей, указанных в ч. 2 ст. 11 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», то есть страхователей для неработающих граждан.

Во-первых, указанным Федеральным законом предусматривается принятие подзаконного нормативного правового акта, регулирующего данные отношения. Соответствующий акт должен быть принят уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Таким актом является приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федера-

ции от 23.12.2010 № 1168н «Об утверждении порядка регистрации и снятия с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан территориальными фондами обязательного медицинского страхования»<sup>127</sup>. Данный приказ вступил в силу с 01.01.2011 со дня признания утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 15.09.2005 № 570 «Об утверждении Правил регистрации страхователей в территориальном фонде обязательного медицинского страхования при обязательном медицинском страховании и формы свидетельства о регистрации страхователя в территориальном фонде обязательного медицинского страхования при обязательном медицинском страховании».

Во-вторых, на законодательном уровне устанавливаются сроки подачи страхователем для неработающих граждан заявления о регистрации или снятия с регистрационного учета. При регистрации этот срок составляет не более 30 рабочих дней со дня вступления в силу решения высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации о наделении полномочиями страхователя, при снятии с регистрационного учета — не более 10 рабочих дней со дня вступления в силу решения высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации о прекращении полномочий страхователя.

Если регистрация страхователей (снятие с регистрационного учета) для работающих граждан осуществляется в территориальных органах Пенсионного фонда Российской Федерации, то регистрация (снятие с регистрационного учета) страхователей для неработающих граждан — территориальными фондами обязательного медицинского страхования.

К заявлению о регистрации страхователь для неработающих граждан должен приложить копии следующих документов: решения о наделении полномочиями; свидетельства о внесении

---

<sup>127</sup> Российская газета. 2011. 28 января. Следует учитывать, что в «Российской газете» не были опубликованы приложения к порядку регистрации и снятия с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан территориальными фондами обязательного медицинского страхования.

записи в Единый государственный реестр юридических лиц; свидетельства о постановке на учет в налоговом органе; документов, подтверждающих открытие лицевых счетов в Федеральном казначействе, его территориальных органах или финансовых органах субъекта Российской Федерации. Сведения о регистрации страхователя вносятся в формируемый в электронном виде журнал регистрации и снятия с регистрационного учета страхователей в территориальном фонде обязательного медицинского страхования. Форма данного журнала утверждена приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.12.2010 № 1168н. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования обязан в течение пяти рабочих дней со дня внесения сведений в журнал регистрации страхователей вручить (направить почтовым отправлением заказное письмо с уведомлением о вручении) страхователю свидетельство о регистрации в качестве страхователя установленной формы.

Для снятия с регистрационного учета страхователь для неработающих граждан направляет заявление в территориальный фонд обязательного медицинского страхования. При этом непосредственно в Порядке регистрации и снятия с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан территориальными фондами обязательного медицинского страхования не требуется прилагать к данному заявлению какие-либо иные документы. Хотя в утвержденной форме заявления о снятии с регистрационного учета требуется приложить документы, являющиеся основанием для снятия с регистрационного учета.

Приказом от 23.12.2010 № 1168н утверждены следующие формы документов, применяющихся при регистрации (снятии с регистрационного учета) страхователей для неработающих граждан:

- заявление о регистрации в качестве страхователя для неработающего населения в территориальном фонде обязательного медицинского страхования;
- заявление о снятии с регистрационного учета в качестве страхователя для неработающих граждан в территориальном фонде обязательного медицинского страхования;

– свидетельство о регистрации в качестве страхователя для неработающего населения в территориальном фонде обязательного медицинского страхования;

– журнал регистрации и снятия с регистрационного учета страхователей в территориальном фонде обязательного медицинского страхования.

От регистрации в качестве страхователя следует отличать процедуру уведомления страхователем для неработающих граждан территориального фонда обязательного медицинского страхования об изменении сведений, содержащихся в документах и копиях документов, требуемых при регистрации в качестве страхователя. Страхователь обязан уведомить об изменениях в течение 10 рабочих дней со дня изменения данных сведений. К письменному уведомлению об изменениях страхователь обязан приложить копии документов, подтверждающих данные изменения.

Важно отметить, что введение нового порядка регистрации в территориальных фондах обязательного медицинского страхования страхователей для неработающих граждан не потребует перерегистрации страхователей. Территориальные фонды обязательного медицинского страхования без обращения заявителей, ранее прошедших регистрацию, обязаны на основании имеющихся у них сведений присвоить регистрационные номера и направить в адрес страхователей уведомление о регистрации.

Регистрация и снятие с регистрационного учета осуществляются бесплатно.

**6.** Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» расширяет возможности взаимодействия страхователей с органами, осуществляющими регистрацию и снятие с регистрационного учета страхователей. В частности, предусматривается возможность подачи страхователями необходимых документов на бумажном или электронном носителе.

Подзаконные нормативные правовые акты, регулирующие отношения в системе обязательного медицинского страхования, уточняют порядок подачи документов на электронных носителях. Так, упоминавшимся выше Порядком регистрации и снятия

с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан территориальными фондами обязательного медицинского страхования предусматривается, что в случае предоставления документов и копий документов на электронном носителе юридическая сила заявления о регистрации и заявления о снятии с регистрационного учета подтверждается электронной цифровой подписью в соответствии с законодательством Российской Федерации (п. 5). Правовые условия использования электронной цифровой подписи в электронных документах определяются Федеральным законом от 10.01.2002 № 1-ФЗ «Об электронной цифровой подписи»<sup>128</sup>.

Следует отметить, что Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании» в рассматриваемом случае не предусматривает каких-либо дополнительных условий при предоставлении страхователями документов на электронных носителях. Хотя на подзаконном уровне такие условия вводятся. Например, в том же Порядке регистрации и снятия с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан территориальными фондами обязательного медицинского страхования возможность электронной формы взаимодействия страхователей для неработающих граждан и территориальных фондов обязательного медицинского страхования ставится в зависимость от решения территориального фонда обязательного медицинского страхования, принимаемого совместно со страхователем.

7. Комментируемая статья, устанавливая общие правила в отношении страхователей, предусматривает возможность учета специфики отдельных видов страхователей при выполнении ими обязанностей по постановке на учет и уплаты страховых взносов путем принятия акта Правительства Российской Федерации.

В соответствии с ч. 2 ст. 53 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» ч. 7 ст. 17 указанного Федерального закона вступает в силу с 01.01.2012 г. Но это не мешает Правительству Российской Федерации до указанной даты разработки утвердить соответствующий акт. При этом вступление в силу данного акта будет предподе-

---

<sup>128</sup> Российская газета. 2002. 12 января.

ляться особенностями вступления в силу нормы комментируемого Федерального закона, предоставляющей Правительству Российской Федерации устанавливать особенности постановки на учет отдельных категорий страхователей и уплаты ими страховых взносов на обязательное медицинское страхование.

### **Статья 18. Ответственность за нарушение требований регистрации и снятия с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан**

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

2. Отказ в представлении или непредставление в установленный срок страхователями для неработающих граждан в территориальные фонды документов или копий документов, предусмотренных настоящим Федеральным законом и (или) иными нормативными правовыми актами, принятыми в соответствии с настоящим Федеральным законом, влечет за собой наложение штрафа в размере 50 рублей за каждый непредставленный документ.

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

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

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

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

Комментируемая статья определяет ответственность страхователей для неработающих граждан за нарушения, связанные с несоблюдением порядка регистрации и снятия с регистрационного учета. Следует отметить, что статья не только называет последствия несоблюдения установленных требований, но также определяет порядок привлечения к ответственности страхователей, виновных в допущенных нарушениях.

Основными обязанностями страхователя являются:

1) регистрироваться и сниматься с регистрационного учета в целях обязательного медицинского страхования. 2) своевременно и в полном объеме осуществлять уплату страховых взносов на обязательное медицинское страхование.

Страхователями для неработающих граждан являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации. Указанные страхователи являются плательщиками страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения (см. комментарий к п. 5 ст. 10). Страховщиком по обязательному медицинскому страхованию является Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования.

В комментируемой статье идет речь о двух видах нарушений:

1) нарушение срока подачи заявления о регистрации или о снятии с регистрационного учета влечет наложение штрафа в размере 5 тыс. рублей,

2) отказ в представлении или непредставление в установленный срок страхователями для неработающих граждан в территориальные фонды документов или копий необходимых документов — влечет за собой наложение штрафа в размере 50 руб. за каждый непредставленный документ.

Нарушения законодательства могут быть обнаружены в ходе проверок, проводимых соответствующими органами.



При выявлении указанных нарушений должностные лица Федерального фонда или территориальных фондов обязаны составить акт о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании.

Приказом ФОМС от 1 декабря 2010 г. № 229<sup>129</sup> утверждена форма соответствующего акта, а также рекомендации по его заполнению.

При заполнении акта в соответствующих строках указываются:

- а) дата на момент составления акта;
- б) наименование населенного пункта, в котором находится Федеральный фонд, территориальный фонд или место нахождения страхователя для неработающих граждан (страхователь);
- в) наименование Федерального фонда или территориального фонда;
- г) должность, фамилия, имя, отчество должностного лица Федерального фонда или территориального фонда, уполномоченного составлять акт;
- д) наименования документов, рассмотренных уполномоченным должностным лицом Федерального фонда или территориального фонда;
- е) данные о страхователе, в отношении которого составляется акт: полное наименование страхователя, почтовый адрес местонахождения, сведения о руководителе (должность, фамилия, имя, отчество), регистрационный номер страхователя в территориальном фонде;
- ж) нарушенные нормы законодательства об обязательном медицинском страховании;
- з) в случае извещения страхователя о составлении акта письмом указывается дата отправления и номер письма;
- и) в строке «Приложение» указываются прилагаемые к акту копии документов, подтверждающих факт нарушения законодательства об обязательном медицинском страховании, а также объяснения и замечания страхователя.

---

<sup>129</sup> См.: Приказ ФОМС от 1 декабря 2010 г. № 229 «Об утверждении формы акта о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании» // Российская газета. 2010. № 295. 29 декабря.

Акт составляется в двух экземплярах и подписывается уполномоченным должностным лицом Федерального фонда или территориального фонда, его составившим, уполномоченным должностным лицом страхователя.

В случае передачи второго экземпляра акта уполномоченному должностному лицу страхователя под расписку на первом экземпляре акта ставится дата его получения и подпись уполномоченного должностного лица страхователя.

Дела о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании и наложение штрафов в части регистрации и снятия с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан рассматриваются должностными лицами Федерального фонда или территориальных фондов, перечень которых утвержден приказом ФОМС от 1 декабря 2010 г. № 228<sup>130</sup>.

В соответствии с указанным приказом к уполномоченным должностным лицам отнесены:

1) должностные лица Федерального фонда обязательного медицинского страхования — председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования, заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования, советник председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования, начальник Управления формирования доходов по обязательному медицинскому страхованию, заместитель начальника Управления формирования доходов по обязательному медицинскому страхованию, начальник (заместитель начальника) отдела, консультант, ведущий специалист третьего разряда, главный специалист-эксперт Управления формирования доходов по обязательному медицинскому страхованию, начальник Контрольно-ревизионного управления, заместитель начальника Контрольно-ревизионного управления, начальник (заместитель начальника) отдела, консультант, ведущий

---

<sup>130</sup> См.: Приказ ФОМС от 1 декабря 2010 г. № 228 «Об утверждении перечня должностных лиц Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, уполномоченных составлять акты о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании, рассматривать дела о таких нарушениях и налагать штрафы» // Российская газета. 2010. № 295. 29 декабря.

специалист третьего разряда, главный специалист-эксперт Контрольно-ревизионного управления и др. (всего — 16);

2) должностные лица территориальных фондов обязательного медицинского страхования — исполнительный директор территориального фонда обязательного медицинского страхования, заместитель исполнительного директора территориального фонда обязательного медицинского страхования, начальник Управления (отдела) учета и контроля сбора страховых взносов и платежей, заместитель начальника Управления (отдела) учета и контроля сбора страховых взносов и платежей, главный специалист-эксперт, ведущий специалист-эксперт Управления (отдела) учета и контроля сбора страховых взносов и платежей и др. (всего — 15).

Дела о привлечении к установленной ответственности лиц, допустивших нарушения законодательства об обязательном медицинском страховании, рассматриваются в установленном порядке. Приказом Минздравсоцразвития РФ от 24 декабря 2010 г. № 1174н<sup>131</sup> утвержден Порядок 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.

В соответствии с пунктом 3 указанного Порядка рассматриваются следующие дела:

а) о нарушении страхователями для неработающих граждан (далее — страхователи) срока подачи заявления о регистрации или о снятии с регистрационного учета в территориальные фонды (часть 1 статьи 18 Федерального закона);

б) об отказе в представлении или непредставлении в установленный срок страхователями в территориальные фонды документов или копий документов, предусмотренных Федеральным законом и (или) иными нормативными правовыми актами, принятыми в соответствии с Федеральным законом (часть 2 статьи 18 Федерального закона);

---

<sup>131</sup> Российская газета. 2011. № 23. 4 февраля.

в) о непредставлении страхователем в установленный Федеральным законом срок расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения по месту учета в территориальном фонде (пункт 1 части 11 статьи 25 Федерального закона);

г) о неуплате или неполной уплате сумм страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в результате неправильного исчисления этих страховых взносов (пункт 2 части 11 статьи 25 Федерального закона).

Уполномоченное должностное лицо Федерального фонда или территориального фонда рассматривает дело о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании посредством рассмотрения акта, составленного должностным лицом Федерального фонда или территориального фонда, документов и материалов, явившихся основанием для составления акта, объяснений и замечаний страхователя (уполномоченного должностного лица страхователя), а также представленных страхователем (уполномоченным должностным лицом страхователя) документов.

Рассмотрение дела о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании осуществляется в присутствии страхователя (уполномоченного должностного лица страхователя), совершившего нарушение законодательства об обязательном медицинском страховании. О времени и месте рассмотрения дела о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании Федеральный фонд или территориальный фонд извещает данного страхователя, направив ему письмо почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

В случае неявки страхователя (уполномоченного должностного лица страхователя), извещенного надлежащим образом, уполномоченное должностное лицо Федерального фонда или территориального фонда вправе рассмотреть дело о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании в отсутствие этого страхователя (уполномоченного должностного лица страхователя).

В ходе рассмотрения дела о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании уполномоченное долж-

ностное лицо Федерального фонда или территориального фонда, исследовав документы и материалы, устанавливает основания для привлечения страхователя, в отношении которого был составлен акт, к ответственности за совершение нарушения законодательства об обязательном медицинском страховании и наложения штрафа или их отсутствие.

По результатам рассмотрения дела о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании уполномоченное должностное лицо Федерального фонда или территориального фонда в 5-дневный срок с момента рассмотрения дела готовит проект решения:

а) о привлечении страхователя к ответственности за нарушение законодательства об обязательном медицинском страховании и наложении штрафов;

б) об отказе в привлечении страхователя к ответственности за нарушение законодательства об обязательном медицинском страховании и наложении штрафов.

Решение должно содержать:

- номер и дату;
- наименование Федерального фонда или территориального фонда;
- сведения о страхователе (наименование, адрес, регистрационный номер страхователя, сведения о руководителе страхователя (должность, фамилия, имя, отчество);
- перечень документов и иных материалов, подтверждающих нарушение законодательства об обязательном медицинском страховании, имеющихся у Федерального фонда или территориального фонда, на основе которых составлены акт и решение;
- письменные объяснения и замечания страхователя, в отношении которого составлен акт;
- сведения об участии страхователя (уполномоченного должностного лица страхователя) в рассмотрении дела о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании;
- сведения об извещении страхователя надлежащим образом о времени и месте рассмотрения дела о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании, а также о подтверждающем такие сведения документе;

– резолютивную часть решения о привлечении страхователя к ответственности за совершение нарушения законодательства об обязательном медицинском страховании, содержащую основания для привлечения страхователя к ответственности, состав нарушения с указанием соответствующей статьи Федерального закона и размера налагаемого штрафа либо решения об отказе в привлечении страхователя к ответственности за нарушение законодательства об обязательном медицинском страховании и наложении штрафов;

– должность, фамилию, имя, отчество руководителя (заместителя руководителя) Федерального фонда или территориального фонда, подписавшего решение.

Решение подписывается руководителем (заместителем руководителя) Федерального фонда или территориального фонда, в котором рассматривалось дело о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании, и заверяется печатью Федерального фонда или территориального фонда.

В случае вынесения решения о привлечении страхователя к ответственности за нарушение законодательства об обязательном медицинском страховании и наложении штрафов решение оформляется в трех экземплярах (один экземпляр направляется в судебные органы, второй подшивается в дело страхователя, третий направляется страхователю почтовым отправлением с уведомлением о вручении или передается уполномоченному должностному лицу страхователя под расписку).

В случае принятия решения об отказе в привлечении страхователя к ответственности за нарушение законодательства об обязательном медицинском страховании и наложении штрафов решение оформляется в двух экземплярах (один экземпляр подшивается в дело страхователя, второй направляется страхователю почтовым отправлением с уведомлением о вручении или передается уполномоченному должностному лицу страхователя под расписку).

Взыскание наложенных штрафов со страхователей осуществляется в судебном порядке.

Начисленные штрафы подлежат зачислению в бюджет Федерального фонда.

## **Статья 19. Права и обязанности страховых медицинских организаций**

**Права и обязанности страховых медицинских организаций определяются в соответствии с договорами, предусмотренными статьями 38 и 39 настоящего Федерального закона.**

В отличие от Закона Российской Федерации от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» в комментируемом Федеральном законе права и обязанности страховых медицинских организаций не перечисляются в отдельной статье. Законодатель использует отсылочную норму к иным статьям Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» для решения данного вопроса.

Как следует из комментируемой статьи, реестр прав и обязанностей страховых медицинских организаций устанавливается следующими договорами: договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования (ст. 38 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании»); договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (ст. 39 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании»).

Очевидно, что ссылка на указанные договоры как документы, определяющие права и обязанности страховых медицинских организаций, не совсем точно отражает способ установления правового статуса страховых медицинских организаций в области обязательного медицинского страхования. Например, обязанность страховой медицинской организации оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с условиями, установленными территориальной программой обязательного медицинского страхования, за счет целевых средств вытекает не из договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, а из нормы, закрепленной в ч. 1 ст. 38 комментируемого Федерального закона. Обязанность страховой медицинской организации по заключению договора на оказание и оплату медицинской помощи по обяза-

тельному медицинскому страхованию основана на ст. 39 этого же Федерального закона, а не на положениях соответствующего договора.

Таким образом, более точным представляется говорить о том, что права и обязанности страховых медицинских организаций определяются в соответствии с договорами, предусмотренными ст. 38 и 39 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании», в тех рамках, которые установлены указанными статьями. Кроме того, права и обязанности страховых медицинских организаций могут устанавливаться и иными статьями данного Федерального закона, а также положениями договоров, не нашедших отражение в ст. 38 и 39. Но те права и обязанности, которые закреплены в статьях 38 и 39 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании», можно назвать основными, так как именно они отражают роль и место страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования.

Иное толкование комментируемой статьи противоречило бы публичному характеру отношений в области обязательного медицинского страхования.

О видах договоров, в том числе и с участием страховых медицинских организаций, см. комментарий к гл. 8 (ст. 37, 38, 39).

## **Статья 20. Права и обязанности медицинских организаций**

### **1. Медицинские организации имеют право:**

1) получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее также — тарифы на оплату медицинской помощи) и в иных случаях, предусмотренных настоящим Федеральным законом;

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



## **2. Медицинские организации обязаны:**

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

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

3) предоставлять страховым медицинским организациям и территориальному фонду сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

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

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

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

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

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

1. Комментируемая статья устанавливает общие положения о правах и обязанностях медицинской организации в сфере обязательного медицинского страхования. В отличие от ранее действовавшего Закона о медицинском страховании граждан в Российской Федерации комментируемый Закон довольно четко формулирует права и обязанности таких организаций.

Часть первая комментируемой статьи устанавливает права медицинской организации в сфере обязательного медицинского страхования. Это прежде всего право организации на получение средств за оказанную медицинскую помощь. Основанием для этого являются заключенные договоры на оказание и опла-

ту медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (см. комментарий к ст. 39). При этом суммы оплаты формируются исходя из тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Структура тарифа на оплату медицинской помощи установлена ч. 7 ст. 35 Закона.

Медицинская организация вправе также получать средства за оказанную медицинскую помощь в иных случаях, установленных Законом.

Законом установлено право медицинской организации обжаловать заключения страховой медицинской организации и территориального фонда по оценке объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии со ст. 42 Закона. Поскольку такое заключение является основанием для оплаты медицинской организации оказанной ею медицинской помощи, последней предоставляется право обжалования заключения в претензионном и в судебном порядке.

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

Так, медицинские организации обязаны бесплатно оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ обязательного медицинского страхования. Эта обязанность корреспондирует праву застрахованного лица на получение бесплатной медицинской помощи при наступлении страхового случая (п. 1 ч. 1 ст. 16 комментируемого Закона).

В соответствии со ст. 43 комментируемого Закона в сфере обязательного медицинского страхования осуществляется персонализированный учет, т.е. сбор, обработка и хранение сведений о каждом застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи. Ведение персонализированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, возлагается на медицинские организации.

Закон обязывает медицинскую организацию предоставлять сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи страховым медицинским организациям и территориальному фонду. Такие сведения представляются в целях прове-

дения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Порядок осуществления контроля регламентируется гл. 9 Закона.

Медицинским организациям вменяется в обязанность предоставлять отчетность о деятельности в сфере обязательного медицинского страхования. Порядок предоставления отчетности и ее формы устанавливаются Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

Целевая направленность обязательного медицинского страхования обуславливает обязанность медицинской организации использовать средства, полученные за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с программами обязательного медицинского страхования.

В целях обеспечения доступности медицинской помощи и информированности населения о порядке ее оказания Законом устанавливается обязанность медицинской организации размещать на своем официальном интернет-сайте информацию о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи. Медицинская организация обязана также обеспечить доступность такой информации в отношении застрахованных лиц, страховых медицинских организаций и территориальных фондов. Сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, показателях доступности и качества медицинской помощи должны представляться медицинской организацией названным лицам.

Перечень обязанностей медицинской организации Законом формулируется не исчерпывающим образом. Например, ст. 39 Закона (ч. 4) предусматриваются положения, регламентирующие обязанности медицинской организации, являющиеся обязательными при заключении договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. В число таковых помимо уже названных обязанностей по предоставлению сведений о застрахованном лице и оказанной медицинской помощи включается также представление страховой организации счетов за оказанную медицинскую помощь. Согласно Правилам обязательного медицинского страхования медицин-

#### **Глава 4**

ская организация ежемесячно формирует и направляет в страховую медицинскую организацию: заявку на авансирование медицинской помощи с указанием периода авансирования и суммы; счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов.

## Глава 5

# Финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования

### Статья 21. Средства обязательного медицинского страхования

Средства обязательного медицинского страхования формируются за счет:

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

К источникам формирования финансовых средств обязательного медицинского страхования законодатель относит:

1) доходы от уплаты:

а) отчислений (страховых взносов) страхователей<sup>132</sup> на обязательное медицинское страхование по тарифам, утвержденным Федеральным законом от 24.07.2009 № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования» (Закон № 212-ФЗ) (подп. 3, 4 п. 1 ст. 146 БК РФ), являющихся обязательными платежами и целевым назначением которых является обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения (см. комментарий к п. 6 ст. 3 комментируемого Закона).

Финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования предусматривает закрепление доходных источников, сформированных через страховые взносы работодателей на обязательное медицинское страхование работающего населения, а также через страховые взносы органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченных высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации на обязательное медицинское страхование неработающего населения (ч. 2 ст. 11 комментируемого Закона, ст. 158 БК РФ), размер и порядок расчета тарифа которых определены ст. 23 комментируемого Закона.

Согласно положениям ч. 11 ст. 51 комментируемого Закона в 2011 году уплата страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения осуществляется страхователями в бюджеты территориальных фондов (ч. 11 ст. 51).

б) недоимок по взносам, налоговым платежам, начисленных пеней и штрафов.

---

<sup>132</sup> В статье 11 комментируемого Закона определен субъектный состав страхователей, обязанных производить уплату страховых взносов на обязательное медицинское страхование (см. комментарий к ст. 11).

Одним из источников доходов бюджетов фондов обязательно медицинского страхования являются средства, поступающие в погашение недоимки, задолженности по пеням и штрафам по взносам в бюджеты фондов, образовавшихся за периоды до 1 января 2001 года.

С 01.01.2011 г. согласно п. 3 и 4 ч. 13 статьи 37 Федерального закона от 24.07.2009 № 213-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных законодательных актов (положений законодательных актов) Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования»<sup>133</sup> в бюджет ФОМС подлежат зачислению наряду с доходами, предусмотренными ст. 146 БК РФ следующие налоговые доходы:

а) единый социальный налог, уплаченный (взысканный) за налоговые периоды до 1 января 2010 года, — по налоговой ставке, установленной НК РФ в редакции, действовавшей до 1 января 2010 года, в части, зачисляемой в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, а также соответствующие пени и штрафы;

б) доходы, распределяемые органами Федерального казначейства между бюджетами бюджетной системы Российской Федерации, поступающие от уплаты налога, взимаемого в связи с применением упрощенной системы налогообложения, налога, взимаемого в виде стоимости патента в связи с применением упрощенной системы налогообложения, минимального налога, взимаемого в связи с применением упрощенной системы налогообложения, единого налога на вмененный доход для отдельных видов деятельности, единого сельскохозяйственного налога, уплаченных (взысканных) за налоговые периоды до 1 января

---

<sup>133</sup> СЗ РФ. 2009. № 30. Ст. 3739.

2011 года, — по нормативам, установленным ст. 146 БК РФ в редакции, действовавшей до 1 января 2011 года.

В бюджеты территориальных государственных внебюджетных фондов обязательного медицинского страхования подлежат зачислению наряду с доходами, предусмотренными ст. 146 БК, следующие налоговые доходы:

а) единый социальный налог, уплаченный (взысканный) за налоговые периоды до 1 января 2010 года, — по налоговой ставке, установленной Налоговым кодексом Российской Федерации в редакции, действовавшей до 1 января 2010 года, в части, зачисляемой в территориальные фонды обязательного медицинского страхования, а также соответствующие пени и штрафы;

б) доходы, распределяемые органами Федерального казначейства между бюджетами бюджетной системы Российской Федерации, поступающие от уплаты налога, взимаемого в связи с применением упрощенной системы налогообложения, налога, взимаемого в виде стоимости патента в связи с применением упрощенной системы налогообложения, минимального налога, взимаемого в связи с применением упрощенной системы налогообложения, единого налога на вмененный доход для отдельных видов деятельности, единого сельскохозяйственного налога, уплаченных (взысканных) за налоговые периоды до 1 января 2011 года, — по нормативам, установленным ст. 146 БК РФ в редакции, действовавшей до 1 января 2011 года.

Плательщики страховых взносов обязаны своевременно и в полном объеме уплачивать страховые взносы. В целях комментируемого закона пенями признается денежная сумма, которую страхователь для неработающих граждан должен выплатить в случае уплаты причитающихся сумм страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в более поздние сроки относительно законодательно предусмотренных (ч. 2 ст. 25 комментируемого Закона).

Поступающие в систему обязательного медицинского страхования средства за счет сумм пеней и иных финансовых санкций включают в себя:



– денежные взыскания (штрафы) за нарушение законодательства РФ о размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для нужд ФОМС;

– начисленные пени и штрафы, подлежащие зачислению в бюджеты фондов обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации;

– денежные взыскания (штрафы) за нарушение законодательства Российской Федерации о государственных внебюджетных фондах, страховых взносах, о конкретных видах обязательного социального страхования, бюджетного законодательства;

– денежные взыскания (штрафы) и иные суммы, взыскиваемые с лиц, виновных в совершении преступлений, и в возмещение ущерба имуществу, зачисляемые в бюджет ФОМС;

– прочие поступления от денежных взысканий (штрафов) и иных сумм в возмещение ущерба.

Суммы начисленных недоимок по взносам, начисленных пеней и штрафов подлежат уплате в бюджеты ФОМС и территориальных фондов в соответствии с законодательством Российской Федерации (см. ч. 11 ст. 51 комментируемого Федерального закона).

2) средства федерального бюджета, передаваемые в бюджет Федерального фонда в случаях, установленных федеральными законами, в части компенсации выпадающих доходов в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование.

В бюджете ФОМС<sup>134</sup> предусматриваются объемы межбюджетных трансфертов, предоставляемых из федерального бюджета на компенсацию выпадающих доходов бюджетов фондов обязательного медицинского страхования, в связи с установлением пониженных тарифов по страховым взносам на обязательное социальное и медицинское страхование отдельным категориям плательщиков (ст. 58 Закона № 212-ФЗ).

<sup>134</sup> Федеральный закон от 08.12.2010 № 333-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годов» // СЗ РФ. 2010. № 50. Ст. 6591.

Частью 1 ст. 58 Закона № 212-ФЗ закреплено, что в течение 2011–2014 гг. применяются пониженные тарифы страховых взносов для плательщиков страховых взносов, указанных в п. 1 ч. 1 ст. 5 Закона № 212-ФЗ<sup>135</sup>, а именно к страхователям, производящим выплаты и иные вознаграждения физическим лицам:

- сельскохозяйственные товаропроизводители (при соблюдении критериев, указанных в ст. 346.2 НК РФ);
- организации народных художественных промыслов;
- семейные (родовые) общины коренных малочисленных народов Севера, занимающиеся традиционными отраслями хозяйствования;
- организации и индивидуальные предприниматели, которые применяют ЕСХН;
- организации, индивидуальные предприниматели, физические лица, которые выплачивают вознаграждения инвалидам I, II или III группы (в отношении таких выплат<sup>136</sup>);
- общественные организации инвалидов;
- организации, уставный капитал которых полностью состоит из вкладов общественных организаций инвалидов, если соблюдены требования о численности инвалидов и доле их заработной платы в фонде оплаты труда;
- учреждения, которые созданы для достижения социально значимых целей, а также для оказания правовой и иной помощи инвалидам, детям-инвалидам и их родителям, если единственным собственником имущества учреждения является общественная организация инвалидов;

---

<sup>135</sup> Частью 2 ст. 5 Закона № 212-ФЗ закреплено, что федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования могут устанавливаться иные категории страхователей, являющихся плательщиками страховых взносов.

<sup>136</sup> По вопросу применения пониженных тарифов страховых взносов Минздравсоцразвития России изложена позиция в письме от 22.06.2010 № 1977-19 о том, что страхователь применяет пониженные тарифы страховых взносов с 1-го числа того месяца, в котором работником получена инвалидность.

– российские организации и индивидуальные предприниматели, осуществляющие производство, выпуск в свет (в эфир) и (или) издание средств массовой информации.

Следует отметить, что плательщики страховых взносов, перечисленные в п. 3 ч. 1 ст. 58 Федерального закона от 24.07.2009 № 212-ФЗ, не вправе применять пониженный тариф, если они занимаются производством, реализацией подакцизных товаров, минерального сырья, других полезных ископаемых, а также иных товаров в соответствии с перечнем, утвержденным постановлением Правительства РФ от 28.09.2009 № 762 «Об утверждении перечня товаров, при производстве и (или) реализации которых для осуществляющих их плательщиков страховых взносов не применяются пониженные тарифы страховых взносов»<sup>137</sup>.

В 2011–2012 годах для всех плательщиков страховых взносов – организаций и индивидуальных предпринимателей, применяющих упрощенную систему налогообложения, указанных в п. 8 ч. 1 ст. 58 Закона № 212-ФЗ, применяются пониженные тарифы страховых взносов.

На основании ч. 3 ст. 58 Закона № 212-ФЗ в 2011–2019 гг. исчислять взносы с применением пониженных тарифов вправе:

- хозяйственные общества, которые созданы после 13 августа 2009 г. бюджетными научными учреждениями и вузами;
- организации, осуществляющие деятельность в сфере информационных технологий (IT-компанияи);
- организации и индивидуальные предприниматели – резиденты технико-внедренческой ОЭЗ в отношении выплат лицам, которые работают на ее территории.

Согласно ч. 6 ст. 58 Закона № 212-ФЗ в 2011–2019 годах выпадающие доходы бюджета ФОМС в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов плательщикам страховых взносов, компенсируются за счет межбюджетных трансфертов из федерального бюджета, предоставляемых бюджету ФОМС. Понятие «межбюджетные трансферты» определено в ст. 6 БК РФ –

---

<sup>137</sup> СЗ РФ. 2009. № 40 (2 ч.). Ст. 4699.

как средства, предоставляемые одним бюджетом бюджетной системы РФ другому бюджету бюджетной системы Российской Федерации. Межбюджетные трансферты из федерального бюджета могут предоставляться бюджетам субъектов в форме дотаций, субсидий, субвенций, иных межбюджетных трансфертов (ст. 129 БК РФ).

Объем указанной компенсации определяется как разница между суммой страховых взносов, которую могли бы уплатить указанные плательщики страховых взносов в соответствии с тарифами, установленными частью 2 статьи 12 Закона № 212-ФЗ, и суммой страховых взносов, подлежащей уплате ими в соответствии с частями 2, 3 и 3.1 статьи 58, и устанавливается на очередной финансовый год федеральным законом о федеральном бюджете на очередной финансовый год и плановый период;

3) средства бюджетов субъектов Российской Федерации, передаваемые в бюджеты территориальных фондов в соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации.

К средствам бюджетов субъектов Российской Федерации, передаваемых бюджету ТФОМС относятся:

– платежи субъекта Российской Федерации на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования в соответствии с комментируемым законом;

– платежи субъекта Российской Федерации на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, в соответствии с комментируемым законом (см. также постановление Правительства РФ от 04.10.2010 № 782 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год»);

– межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта Российской Федерации, в случаях, установленных законом субъекта Российской Федерации;

– иные источники, предусмотренные законодательством Российской Федерации (Приказ Минздравсоцразвития РФ от 21.01.2011 № 15н «Об утверждении Типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования»);

4) доходы от размещения временно свободных средств.

Согласно ст. 29 комментируемого Закона порядок и условия размещения временно свободных средств ФОМС и ТФОМС устанавливаются Правительством Российской Федерации — постановлением Правительства РФ от 31.12.2010 № 1225 «О размещении временно свободных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования» (вместе с «Правилами размещения временно свободных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования»)<sup>138</sup>.

Временно свободные средства ФОМС включают в себя остатки средств собственного бюджета на счете по учету средств нормированного страхового запаса, а также остатки средств бюджета ФОМС на счете по учету средств обязательного медицинского страхования в пределах положительной разницы между размером остатков на счете по учету средств обязательного медицинского страхования на 1-е число месяца, в котором осуществляется размещение временно свободных средств Федерального фонда, и величиной, равной одной двенадцатой размера расходов месяца, в котором осуществляется размещение временно свободных средств ФОМС.

Временно свободные средства ТФОМС включают в себя остатки средств его бюджета на счете по учету средств обязательного медицинского страхования, включая средства нормированного страхового запаса, в пределах положительной разницы между размером остатков на счете по учету средств обязательного медицинского страхования на 1-е число месяца, в котором осуществляется размещение временно свободных средств территориального фонда, и величиной, равной одной двенадцатой размера

---

<sup>138</sup> СЗ РФ. 2011. № 2. Ст. 388.

расходов месяца, в котором осуществляется размещение временно свободных средств ФОМС.

ФОМС/ТФОМС обязаны досрочно изъять размещенные временно свободные средства при возникновении временного кассового разрыва в объеме, который обеспечит покрытие временного кассового разрыва, в сроки, необходимые для зачисления сумм размещенных средств на счета по учету средств бюджета ФОМС, ТФОМС.

Временно свободные средства ФОМС/ТФОМС могут размещаться на банковские депозиты в кредитных организациях, удовлетворяющих следующим требованиям:

а) наличие у кредитной организации генеральной лицензии Центрального банка Российской Федерации на осуществление банковских операций;

б) наличие у кредитной организации собственных средств (капитала) в размере не менее 5 млрд руб. по имеющейся в Центральном банке Российской Федерации отчетности на день проверки соответствия кредитной организации требованиям, предусмотренным настоящим пунктом;

в) наличие у кредитной организации рейтинга долгосрочной кредитоспособности не ниже уровня «ВВ-» по классификации рейтинговых агентств «Фитч Рейтингс» (Fitch Ratings) или «Стандарт энд Пурс» (Standard & Poor's) либо не ниже уровня «Вa3» по классификации рейтингового агентства «Мудис Инвесторс Сервис» (Moody's Investors Service);

г) отсутствие у кредитной организации просроченной задолженности по банковским депозитам, ранее размещенным в ней за счет временно свободных средств Федерального фонда (территориального фонда) (п. 5 постановления № 1225).

Размещение временно свободных средств ФОМС/ТФОМС на банковские депозиты в кредитных организациях осуществляется ФОМС/ТФОМС путем отбора заявок кредитных организаций на заключение договоров банковского депозита и заключения с ними договоров банковского депозита.

Решение о размещении временно свободных средств ФОМС/ТФОМС принимает соответственно председатель ФОМС/ТФОМС (п. 6 постановления № 1225).

Форма заявки кредитной организации на заключение договоров банковского депозита утверждена приказом ФОМС от 11.01.2011 № 2;

5) иные источники, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

Согласно приложению Федерального закона от 08.12.2010 № 333-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годов» к иным источникам относятся доходы от сдачи в аренду имущества, находящегося в оперативном управлении ФОМС, прочие поступления от использования имущества, находящегося в оперативном управлении ФОМС и т.п.

## **Статья 22. Страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения**

1. Обязанность по уплате страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения, размер страхового взноса на обязательное медицинское страхование работающего населения и отношения, возникающие в процессе осуществления контроля за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты (перечисления) указанных страховых взносов и привлечения к ответственности за нарушение порядка их уплаты, устанавливаются Федеральным законом от 24 июля 2009 года № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования».

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

1. Отношения, связанные непосредственно с уплатой страховых взносов на обязательное медицинское страхование нера-

ботающего населения, являются предметом регулирования комментируемого Закона (ст. 1, 10 Закона, ч. 2 ст. 1 Закона № 212-ФЗ), в свою очередь обязанность по уплате страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения, размер страхового взноса 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 Законом № 212-ФЗ.

Плательщики страховых взносов обязаны своевременно и в полном объеме уплачивать страховые взносы. В случае неуплаты или неполной уплаты страховых взносов в установленный срок производится взыскание недоимки по страховым взносам в порядке, предусмотренном Законом № 212-ФЗ (ч. 13 ст. 25 комментируемого Федерального закона).

В соответствии с ч. 1 ст. 3 Закона № 212-ФЗ с 2010 года контроль за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты (перечисления) страховых взносов, уплачиваемых в фонды обязательного медицинского страхования (ФОМС/ТФОМС), возложен на Пенсионный фонд Российской Федерации. Таким образом, благодаря указанным новеллам у плательщиков страховых взносов будет меньше вопросов возникать и обращаться им придется один государственный орган.

2. На основании ч. 3 ст. 3 Закона № 212-ФЗ, коррелируемой с ч. 2 ст. 22 комментируемого Закона, Пенсионный фонд Российской Федерации и его территориальные органы осуществляют обмен необходимой информацией соответственно с ФОМС и ТФОМС в электронной форме в порядке, определяемом соглашениями об информационном обмене.

Предметом Соглашения об информационном обмене между Пенсионным фондом Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, утвержденного Пенсионным фондом РФ № АД-30-32/09сог, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования № 6547/20-1



31.12.2010 и вступившем в силу с 1 января 2011 г.<sup>139</sup>, является взаимодействие указанных органов по передаче на федеральном и региональном уровнях сведений из представляемой плательщиками страховых взносов на обязательное медицинское страхование в орган контроля за уплатой страховых взносов — ПФР и его территориальные органы — отчетности по страховым взносам на обязательное медицинское страхование, сведений о платежах в ФОМС и ТФОМС в целом по Российской Федерации и по каждому субъекту Российской Федерации, сведений о регистрации и снятии с регистрационного учета страхователей и иной информации, определенной законодательством и необходимой для осуществления обязательного медицинского страхования.

Обмен сведениями на федеральном и региональном уровнях осуществляется в электронном виде, в том числе по каналам связи сети Интернет с обеспечением требований законодательства Российской Федерации по защите информации, а при необходимости — на бумажном носителе, и регулируется протоколом информационного обмена между Сторонами, включающим порядок, регламент, периодичность, состав, структуру и форматы информации, передаваемой в соответствии с Соглашением.

### **Статья 23. Размер страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения**

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

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

---

<sup>139</sup> Документ опубликован не был.

**сийской Федерации и тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения, установленного федеральным законом.**

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

1. В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2010 № 782 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год» размер страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения устанавливается законом субъекта Российской Федерации не позднее 25 декабря 2010 г., при этом:

— размер страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения устанавливается в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании и не может быть меньше показателя, установленного на 2010 г.;

— размер страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения должен учитывать в том числе более высокий уровень потребления медицинской помощи и соответственно ее стоимости для неработающего населения (в частности, коэффициент удорожания медицинской помощи для детей от 0 до 4 лет составляет 1,62, а для лиц от 60 лет и старше — 1,32 по отношению к подушевому нормативу финансового обеспечения, предусмотренному территориальной программой обязательного медицинского страхования).

Подушевые нормативы финансового обеспечения, предусмотренные программой, установлены в расчете на 1 человека в год (без учета расходов федерального бюджета) и составляют в среднем 7633,4 руб., из них:

4102,9 руб. — за счет средств обязательного медицинского страхования;

3530,5 руб. — за счет средств соответствующих бюджетов, предусматриваемых на оказание скорой, в том числе специализированной (санитарно-авиационной), медицинской помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, медицинской помощи при заболеваниях, передающихся половым путем, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ, а также на содержание медицинских организаций, участвующих в обязательном медицинском страховании, и финансовое обеспечение деятельности медицинских организаций, не участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, указанных в последнем абзаце раздела III Программы.

Формирование тарифов на медицинскую помощь, оказываемую за счет средств обязательного медицинского страхования, осуществляется органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в соответствии с законодательством Российской Федерации и с учетом определенных программой нормативов.

К неработающим гражданам в соответствии с п. 5 ст. 10 комментируемого закона относятся:

- 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 в образовательных учреждениях начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования;
- г) безработные граждане, зарегистрированные в соответствии с законодательством о занятости;
- д) один из родителей или опекун, занятые уходом за ребенком до достижения им возраста трех лет;
- е) трудоспособные граждане, занятые уходом за детьми-инвалидами, инвалидами I группы, лицами, достигшими возраста 80 лет;

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

В соответствии с положениями части 7 статьи 51 комментируемого Федерального закона в период 2012—2014 г. размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в субъекте Российской Федерации определяется в следующем порядке:

1) в 2012 г. размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения не может быть менее фактического размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2010 г. и 25% разницы между размером страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, рассчитанным в соответствии с ч. 2 ст. 23 настоящего Федерального закона, и фактическим размером страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2010 г.;

2) в 2013 г. размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения не может быть менее фактического размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2010 г. и 50 процентов разницы между размером страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, рассчитанным в соответствии с ч. 2 ст. 23 комментируемого Федерального закона, и фактическим размером страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2010 г.;

3) в 2014 г. размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения не может быть менее фактического размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2010 г. и 75 процентов разницы между размером страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, рассчитанным в соответствии с частью 2 статьи 23 коммен-

тируемого Федерального закона, и фактическим размером страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2010 г.;

4) в 2012–2014 г. размер тарифа страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в соответствии с ч. 2 ст. 23 комментируемого Федерального закона устанавливается с учетом передаваемых расходов консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации, подлежащих включению в территориальную программу обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, расходов бюджета субъекта Российской Федерации на содержание медицинских организаций в соответствии с ч. 7 ст. 35 комментируемого Федерального закона и расходов на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (ч. 7 ст. 51 комментируемого Федерального закона).

С 2011 г. размер бюджетных ассигнований на уплату страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения должен включать в себя в полном объеме финансовое обеспечение видов медицинской помощи и включенных в тариф на оплату медицинской помощи статей расходов в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования на соответствующий год, ранее финансируемых из консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации (ч. 12 ст. 51 комментируемого Федерального закона).

#### **Статья 24. Период, порядок и сроки уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Порядок уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2011 году регламентируется частью 11 статьи 51 комментируемого Федерального закона.

С 2012 года согласно части 5 комментируемой статьи уплата страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения осуществляется страхователями в бюджет Федерального фонда.

Расчет по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения в территориальные фонды по месту своей регистрации осуществляется страхователями по форме утвержденной приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.12.2010 № 1169н «Об утверждении формы расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения»<sup>140</sup>.

Форма расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения заполняется страхователями для неработающих граждан, определенными ч. 2 ст. 11 комментируемого Федерального закона.

---

<sup>140</sup> Российская газета. № 11. 21 января 2011.

## **Статья 25. Ответственность за нарушения в части уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения**

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

1) непредставление страхователем в установленный настоящим Федеральным законом срок расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения по месту учета в территориальном фонде влечет взыскание штрафа в размере двух процентов суммы страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, подлежащей уплате или доплате на основе этого расчета, за каждый полный или неполный месяц со дня, установленного для его представления, но не более пяти процентов указанной суммы и не менее одной тысячи рублей;

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

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

**13. Взыскание недоимки, пеней и штрафов со страхователей осуществляется в порядке, аналогичном порядку, предусмотренному статьей 18 Федерального закона от 24 июля 2009 года № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования»».**

Комментируемая статья определяет ответственность страхователей для неработающих граждан за нарушения в части уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Ответственность, которая возлагается за нарушения, допущенные плательщиком страховых взносов, в рамках настоящей статьи, носит имущественный и компенсационный характер.

Законодатель предусмотрел при неуплате или неполной уплате страховых взносов в установленный срок возможность взыскания с обязанного лица в судебном порядке:

- 1) недоимки по страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения;
- 2) начисленных пеней и штрафов по страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Понятие недоимки включает в себя сумму страховых взносов, которые не уплачены обязанным лицом (плательщиком) при наступлении обязанности такой уплаты.

Пеня — денежная сумма, которую страхователь должен выплатить в случае уплаты причитающихся сумм страховых взносов в более поздние сроки по сравнению с установленными. При этом пени подлежат уплате в обязательном порядке, даже в случае применения к обязанному лицу других мер ответственности. Кроме того, факт уплата пени сам по себе не освобождает плательщика от уплаты причитающихся страховых взносов.

Пени начисляются за каждый календарный день просрочки уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование. Начисления производятся начиная со дня, следующего за

сроком уплаты сумм страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

При возникновении задолженности страхователь обязан самостоятельно начислить и отразить пени на всю сумму недоимки в форме расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения. Форма расчета установлена приказом Минздравсоцразвития РФ от 23 декабря 2010 № 1169н.

Основанием для освобождения плательщика от уплаты пени на сумму недоимки является приостановка операций по лицевому счету страхователя в органе Федерального казначейства. Пени не начисляются за весь период действия указанных обстоятельств.

Пени за каждый день просрочки определяются в процентах от неуплаченной суммы страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения. Процентная ставка пеней равна  $\frac{1}{300}$  действующей на день начисления пеней ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации. Следует учитывать, что размер ставки рефинансирования определяется решением Совета директоров и доводится Указанием Центрального банка (Банка России).

Пени могут уплачиваться либо одновременно с уплатой суммы страховых взносов, либо после уплаты таковых в полном объеме.

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

Нарушения и санкции, которые могут быть применены к страхователю, нарушающему порядок уплаты страховых взносов:

– непредставление страхователем в установленный законом срок расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения по месту учета в территориальном фонде — штраф в размере 2% суммы страховых взносов на обязательное меди-

цинское страхование неработающего населения, подлежащей уплате или доплате на основе этого расчета, за каждый полный или неполный месяц со дня, установленного для его представления, но не более 5% процентов указанной суммы и не менее 1 000 руб.;

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

В соответствии со статьей 18 комментируемого Федерального закона и письмом ФОМС от 3 февраля 2011 № 575/20-1/и при выявлении указанных нарушений законодательства об ОМС уполномоченные должностные лица обязаны составить акт о нарушении. В обязанности должностных лиц в данном случае входит также рассмотрение дел о нарушении, по результатам которого на нарушителя налагается соответствующий штраф (см. комментарий к ст. 18 Закона).

Комментируемая статья относительно порядка взыскания недоимки, пеней и штрафов содержит отсылочную норму, определяющую, что такой порядок аналогичен порядку, предусмотренному ст. 18 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ.

Механизм взыскания предусматривает юрисдикционный (то есть судебный) порядок.

Пунктом 1 части 4 статьи 18 Закона № 212-ФЗ взыскание недоимки по страховым взносам в судебном порядке предусмотрено с организаций, которым открыт лицевой счет.

В соответствии с письмом Федерального казначейства Российской Федерации от 21.08.2009 № 42-7.4-05/9.4-494 «О взыскании недоимки по страховым взносам, пеням и штрафам» для целей Закона № 212-ФЗ используется понятие лицевого счета, как счета, открытого в органах Федерального казначейства (иных органах, осуществляющих открытие и ведение лицевых счетов) в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации.

## **Статья 26. Состав бюджета Федерального фонда и бюджетов территориальных фондов**

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

- 1) страховые взносы на обязательное медицинское страхование;
- 2) недоимки по взносам, налоговым платежам;
- 3) начисленные пени и штрафы;
- 4) средства федерального бюджета, передаваемые в бюджет Федерального фонда в случаях, установленных федеральными законами;
- 5) доходы от размещения временно свободных средств;
- 6) иные источники, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

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

- 1) предоставления субвенций из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов для финансового обеспечения расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении переданных в соответствии с частью 1 статьи 6 настоящего Федерального закона полномочий;
- 2) исполнения расходных обязательств Российской Федерации, возникающих в результате принятия федеральных законов и (или) нормативных правовых актов Президента Российской Федерации, и (или) нормативных правовых актов Правительства Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан;
- 3) выполнения функций органа управления Федерального фонда.

3. В составе бюджета Федерального фонда формируется нормированный страховой запас. Размер и цели использования средств нормированного страхового запаса Федерального фонда устанавливаются федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период. Порядок использования средств нормированного страхового запаса Федерального фонда устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

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

1) субвенции из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов;

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

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

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

5) доходы от размещения временно свободных средств;

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

7) начисленные пени и штрафы, подлежащие зачислению в бюджеты территориальных фондов в соответствии с законодательством Российской Федерации;

8) иные источники, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

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

1) выполнения территориальных программ обязательного медицинского страхования;

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

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

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

5) выполнения функций органа управления территориального фонда.

6. В составе бюджета территориального фонда формируется нормированный страховой запас. Размер и цели использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда устанавливаются законом о бюджете территориального фонда в соответствии с порядком использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда, установленным Федеральным фондом. Размер средств нормированного страхового запаса территориального фонда не должен превышать среднемесячный размер планируемых поступлений средств территориального фонда на очередной год.

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

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

1. Частью 1 комментируемой статьи установлены источники, за счет которых происходит формирование доходной части бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования. При формировании как федерального бюджета, так и бюджета государственного внебюджетного фонда, каковым и является Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, должна быть соблюдена норма, предусмотренная ст. 32 Бюджетного кодекса Российской Федерации, которой устанавливается принцип полноты отражения доходов, расходов и источников финансирования дефицитов бюджетов. Указанный принцип состоит в том, что все доходы, расходы и источники финансирования дефицитов бюджетов в обязательном порядке и в полном объеме отражаются в соответствующих бюджетах.

Бюджетный кодекс Российской Федерации определяет предмет рассмотрения проектов федеральных законов о бюджетах государственных внебюджетных фондов Российской Федерации на очередной финансовый год и плановый период в каждом чтении.

По общему правилу бюджет государственных внебюджетных фондов имеет ту же структуру, что и обычный бюджет: доходную, расходную части и источники финансирования дефицита. Вместе с тем, если доходная часть формируется и согласовывается с главными администраторами доходов бюджета, то в отношении расходной части бюджета государственных внебюджетных фондов продолжает действовать прежний порядок, регулируемый законодательством об обязательном медицинском страховании.

Доходы бюджетов государственных внебюджетных фондов регламентируются ст. 146 Бюджетного кодекса Российской Федерации.

Итак, к источникам доходов Федерального фонда обязательного медицинского страхования Российской Федерации относятся:

- 1) страховые взносы на обязательное медицинское страхование;
- 2) недоимки по взносам, налоговым платежам;
- 3) начисленные пени и штрафы;
- 4) средства федерального бюджета, передаваемые в бюджет Федерального фонда в случаях, установленных федеральными законами;
- 5) доходы от размещения временно свободных средств;
- 6) иные источники, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

Рассмотрим некоторые из составляющих частей бюджета более подробно.

Уплата страховых взносов. Согласно ч. 3 ст. 15 Федерального закона от 24.07.2009 № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного



медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования» в течение расчетного (отчетного) периода по итогам каждого календарного месяца плательщики страховых взносов производят исчисление ежемесячных обязательных платежей по страховым взносам, исходя из величины выплат и иных вознаграждений, начисленных (осуществленных — для плательщиков страховых взносов — физических лиц) с начала расчетного периода до окончания соответствующего календарного месяца, и тарифов страховых взносов, за вычетом сумм ежемесячных обязательных платежей, исчисленных с начала расчетного периода по предшествующий календарный месяц включительно.

Уплата ежемесячного обязательного платежа осуществляется в срок не позднее 15-го числа календарного месяца, следующего за календарным месяцем, за который начисляется ежемесячный обязательный платеж.

Расчетный и отчетный периоды. Согласно ст. 10 Федерального закона № 212-ФЗ расчетным периодом по страховым взносам признается календарный год, отчетными периодами — I квартал, полугодие, девять месяцев календарного года, календарный год. По итогам каждого периода представляются соответствующие расчеты. В течение расчетного периода страхователь уплачивает страховые взносы в виде ежемесячных обязательных платежей.

Сроки для уплаты страховых взносов и представления отчетности. Сроки, порядок исчисления и уплаты страховых взносов плательщиками страховых взносов, производящими выплаты и вознаграждения физическим лицам, установлены в статье 15 Федерального закона № 212-ФЗ.

В соответствии со статьей 14 Федерального закона № 212-ФЗ плательщики страховых взносов, непроизводящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам, уплачивают страховые взносы в фонды обязательного медицинского страхования в размере, определяемом исходя из стоимости страхового года.

Статьей 16 Федерального закона № 212-ФЗ установлено, что указанные страховые взносы за расчетный период уплачиваются

плательщиками страховых взносов не позднее 31 декабря текущего календарного года.

Сумма страховых взносов исчисляется и уплачивается отдельно в каждый государственный внебюджетный фонд.

Из федерального бюджета в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования поступают следующие целевые средства в виде межбюджетных трансфертов:

- проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

- проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан;

- средства федерального бюджета, передаваемые бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования на обеспечение расходов в связи с недопоступлением налоговых доходов в бюджет Федерального фонда;

- иные средства федерального бюджета, установленные федеральными законами.

Следующий вид дохода, указанный в комментируемой статье, определяется как доходы от размещения временно свободных денежных средств обязательного медицинского страхования. В соответствии с правилами размещения временно свободных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования временно свободные средства, названных фондов могут размещаться исключительно на банковские депозиты.

Следует обратить внимание, что денежные средства фондов находятся в строго ограниченном целевом распоряжении. Данный вид дохода является одним из видов использования денежных средств фондов. Его можно назвать единственным исключением из права по распоряжению денежными средствами фондов.

Иными средствами, поступающими в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, не запрещенными законодательством РФ, могут являться:

— доходы от сдачи в аренду имущества, находящегося в оперативном управлении Фонда обязательного медицинского страхования, и прочие поступления от использования указанного имущества;

— доходы от оказания платных услуг и компенсации затрат и др.<sup>141</sup>

В части 2 комментируемой статьи перечислены расходы бюджета Федерального фонда на осуществление тех или иных целей по финансовому обеспечению.

В соответствии со ст. 147 Бюджетного кодекса Российской Федерации расходы бюджетов государственных внебюджетных фондов осуществляются исключительно на цели, определенные законодательством Российской Федерации, включая законодательство о конкретных видах обязательного социального страхования (пенсионного, социального, медицинского), в соответствии с бюджетами указанных фондов, утвержденными федеральными законами, законами субъектов Российской Федерации.

Основные характеристики бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования закреплены в Федеральном законе от 08.12.2010 № 333-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годов»<sup>142</sup>.

Расходы осуществляются с целью обеспечения:

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

2) исполнения расходных обязательств Российской Федерации, возникающих в результате принятия федеральных законов и (или) нормативных правовых актов Президента Россий-

---

<sup>141</sup> Об источниках доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования см. комментарий к статье 21.

<sup>142</sup> Российская газета. 2010. № 281.

ской Федерации, и (или) нормативных правовых актов Правительства Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан;

3) выполнения функций органа управления Федерального фонда.

Расходы первой группы регламентируются ст. 133.2 Бюджетного кодекса Российской Федерации.

К полномочиям Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, переданным для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации, относится организация обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации в соответствии с требованиями, установленными Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в том числе:

1) утверждение территориальных программ обязательного медицинского страхования, соответствующих единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования, и реализация базовой программы обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации в пределах и за счет субвенций, предоставленных из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования;

2) утверждение дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования, утверждаемыми уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти, для страховых медицинских организаций;

3) регистрация и снятие с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан;

4) администрирование доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, поступающих от уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование

неработающего населения на территориях субъектов Российской Федерации;

5) контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации, в том числе проведение проверок и ревизий;

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

7) обеспечение прав граждан в сфере обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации;

8) ведение персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах в форме регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц, а также персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;

9) ведение отчетности в сфере обязательного медицинского страхования.

Относительно второй группы расходов расходные обязательства в соответствии со ст. 84 Бюджетного кодекса Российской Федерации возникают в результате принятия федеральных законов и (или) нормативных правовых актов Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации. Расходные обязательства субъекта Российской Федерации, муниципального образования возникают в результате принятия соответственно законов субъектов Российской Федерации, нормативно-правовых актов органов местного самоуправления (ст. 85, 86 БК РФ).

Следовательно, установление нормативно-правовыми актами мер социальной поддержки отдельным категориям граждан в виде предоставления льгот и компенсаций и определение порядка по их финансированию являются публичным обязательством Российской Федерации, субъекта Российской Федерации, муниципального образования.

Бюджетное законодательство исходит из разграничения расходных обязательств публично-правовых образований, и одним из принципов бюджетной системы Российской Федерации является принцип самостоятельности бюджетов, под которым также понимается недопустимость непосредственного исполнения расходных обязательств органов государственной власти и органов местного самоуправления за счет средств бюджетов других уровней (ст. 31 БК РФ).

Относительно расходов, осуществляющихся с целью обеспечения выполнения функций органа управления Федерального фонда, можно пояснить, что в соответствии со статьей 33 комментируемого Закона органами управления Федерального фонда являются правление Федерального фонда и председатель Федерального фонда.

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

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

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

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

работодателей и общероссийских объединений профсоюзов они входят в состав правления Федерального фонда на паритетных началах.

Частью 3 комментируемой статьи установлена норма, в соответствии с которой в составе бюджета Федерального фонда формируется нормированный страховой запас. Размер и цели использования средств нормированного страхового запаса Федерального фонда установлены Федеральным законом от 08.12.2010 № 333-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годов»<sup>143</sup>.

Порядок использования средств нормированного страхового запаса Федерального фонда установлен приказом Минздравсоцразвития РФ от 30.12.2010 № 1229н «Об утверждении Порядка использования средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования»<sup>144</sup>. Порядок использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования установлен приказом ФОМС от 01.12.2010 № 227 «О Порядке использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования»<sup>145</sup>.

Частью 4 ст. 26 перечисляются доходы бюджетов территориальных фондов.

К данным видам доходов относятся:

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

---

<sup>143</sup> Российская газета. 2010. № 281.

<sup>144</sup> Российская газета. 2011. № 32.

<sup>145</sup> Российская газета. 2011. № 23.

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

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

5) доходы от размещения временно свободных средств;

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

7) начисленные пени и штрафы, подлежащие зачислению в бюджеты территориальных фондов в соответствии с законодательством Российской Федерации;

8) иные источники, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

В 2012 году размер субвенций из бюджета Федерального фонда бюджету территориального фонда будет исчисляться как сумма страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения соответствующего субъекта Российской Федерации, страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения, исчисляемых на территории соответствующего субъекта Российской Федерации по тарифу два процента, и объема дотаций, предусмотренного в бюджете Федерального фонда соответствующего субъекта Российской Федерации на 2011 год (ч. 8 ст. 51 данного Федерального закона)<sup>146</sup>.

Частью 5 ст. 26 установлены виды расходов бюджетов территориальных фондов. К таковым относятся:

---

<sup>146</sup> Об источниках доходов бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования см. комментарий к статье 21.



1) выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования;

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

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

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

5) выполнение функций органа управления территориального фонда.

Распределение дотаций из бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования, направляемых в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования в 2011 году регламентируется в приложении № 5 Федерального закона от 08.12.2010 № 333-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годов».

Порядок установления состава и норматива расходов на ведение дела страховыми медицинскими организациями, осуществляющими обязательное медицинское страхование закреплён в приказе ФОМС от 31.08.2007 № 181 «О Правилах организации деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования по установлению порядка и условий формирования резервов, состава и норматива расходов на ведение дела

страховыми медицинскими организациями, осуществляющими обязательное медицинское страхование»<sup>147</sup>.

Часть 6 ст. 26 данной статьи говорит о том, что в составе бюджета территориального фонда формируется нормированный страховой запас.

Размер и цели использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда устанавливаются законом о бюджете территориального фонда в соответствии с приказом ФОМС от 01.12.2010 № 227 «О Порядке использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования».

В части 7 ст. 26 говорится о том, что размер и порядок уплаты платежей субъекта Российской Федерации, указанных в п. 3 и 4 ч. 4 настоящей статьи, устанавливаются законом субъекта Российской Федерации.

В развитие данного положения принят приказ Минздравсоцразвития РФ от 21.01.2011 № 15н «Об утверждении Типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования»<sup>148</sup>.

Данным приказом к платежам, устанавливаемым законом субъекта Российской Федерации, относятся:

– платежи субъекта Российской Федерации на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

– платежи субъекта Российской Федерации на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

---

<sup>147</sup> Медицинская газета. 2007. № 87.

<sup>148</sup> Российская газета. 2011. № 29.

**Статья 27. Субвенции  
для финансового обеспечения организации  
обязательного медицинского страхования  
на территориях субъектов  
Российской Федерации**

1. Субвенции из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов на осуществление переданных в соответствии с частью 1 статьи 6 настоящего Федерального закона полномочий предоставляются в объеме, установленном федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период. Порядок распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов устанавливается Правительством Российской Федерации.

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

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

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

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

В соответствии с п. 6 ст. 5 комментируемого Закона установление порядка распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования относится к полномочиям в сфере обязательного медицинского страхования Российской Федерации.

Статья 133.1 Бюджетного кодекса Российской Федерации устанавливает формы межбюджетных трансфертов, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в их числе субвенции бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

На основании ст. 133.2 под субвенциями бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования понимаются межбюджетные трансферты, предоставляемые бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования в целях финансового обеспечения расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при выполнении полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, переданных для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации федеральными законами.

Субвенции бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования распределяются в соответствии с методикой, утверждаемой Правительством Российской Федерации.

Проект распределения субвенций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования вносится в Государственную Думу в проекте федерального закона о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год и плановый период и утверждается при рассмотрении проекта указанного федерального закона во втором чтении. При этом допускается

утверждение не распределенной между бюджетами территориальных фондов обязательного медицинского страхования субвенции в объеме, не превышающем 5% общего объема соответствующей субвенции, которая может быть распределена между бюджетами территориальных фондов обязательного медицинского страхования в порядке, установленном уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти, на те же цели в процессе исполнения бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования без внесения изменений в федеральный закон о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Субвенции бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, предоставляемые на исполнение отдельных расходных обязательств субъектов Российской Федерации, зачисляются в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования и расходуются в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

Методика (проект методики) распределения субвенций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования представляется Правительством Российской Федерации в составе документов и материалов, вносимых в Государственную Думу одновременно с проектом федерального закона о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год и плановый период.

В соответствии с абз. 7 ч. 7 ст. 26.3 Федерального закона от 06.10.1999 № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации»<sup>149</sup> федеральные законы, предусматривающие передачу отдельных пол-

---

<sup>149</sup> СЗ РФ. 1999. № 42. Ст. 5005.

номочий Российской Федерации по предметам ведения Российской Федерации и (или) по предметам совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации органам государственной власти субъектов Российской Федерации, должны включать полномочия федеральных органов исполнительной власти по осуществлению контроля и надзора за осуществлением органами государственной власти субъекта Российской Федерации соответствующих полномочий, а также порядок изъятия соответствующих полномочий у органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации, возмещения субвенций, предоставленных бюджету субъекта Российской Федерации, бюджету территориального государственного внебюджетного фонда субъекта Российской Федерации для осуществления соответствующих полномочий.

В соответствии с пунктом 9 части 1 статьи 7 комментируемого закона порядок возмещения субвенций, предоставленных из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов для осуществления соответствующих полномочий устанавливает уполномоченный федеральный орган исполнительной власти.

## **Статья 28. Формирование средств страховой медицинской организации и их расходование**

**1. Целевые средства страховой медицинской организации формируются за счет:**

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

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

**а) средств по результатам проведения медико-экономического контроля;**

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

в) 70 процентов сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы;

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

3) средств, поступивших от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, в соответствии со статьей 31 настоящего Федерального закона, в части сумм, затраченных на оплату медицинской помощи.

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

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

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

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

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

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

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

5) 10 процентов средств, 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;

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

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

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

1. Страховые медицинские организации осуществляют формирование финансовых средств в 2011 году в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования на 2011 год. С 1 января 2012 года средства, предназначенные для оплаты медицинской помощи и поступающие в страховую медицинскую организацию, являются средствами целевого финансирования (ст. 53 данного Закона). В связи с этими изменениями в комментируемой статье прописан порядок формирования средств страховой медицинской организации и их расходования. В комментируемой статье перечислены источники формирования целевых средств страховой медицинской организации.

Порядок формирования собственных средств страховой медицинской организации осуществляется согласно договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, утвержденного приказом Минздравсоцразвития РФ от



24.12.2010 № 1185н «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования на 2011 год»<sup>150</sup>.

Страховые медицинские организации проводят обязательное медицинское страхование на основании договоров о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, являющимися основными документами, определяющими порядок формирования финансовых средств страховой медицинской организацией и порядок их использования.

С целью выполнения основных задач страховые медицинские организации осуществляют:

1) оплату медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования и договорами обязательного медицинского страхования;

2) контроль за объемом и качеством медицинских услуг;

3) формирование резерва оплаты медицинских услуг, запасного резерва, а также резерва финансирования предупредительных мероприятий по обязательному медицинскому страхованию;

Объемы медицинской помощи и их стоимость по тарифам на оплату медицинской помощи, планируемые на предстоящий год по территориальной программе обязательного медицинского страхования, доводятся до каждой страховой медицинской организации, действующей на территории, исходя из количества и половозрастной структуры застрахованных им граждан на этой территории. Страховая медицинская организация получает средства (страховой платеж) из ТФОМС в соответствии с договором о финансовом обеспечении с установленной периодичностью.

До каждой медицинской организации доводятся предельные значения планируемых объемов медицинской помощи в натуральном выражении (количество посещений, койко-дней, пациенто-дней — задание) исходя из общего объема медицинской по-

---

<sup>150</sup> Российская газета. 2011. № 29.

мощи по данному профилю и мощности медицинской организации.

Задание характеризует объемы медицинской помощи, установленные медицинской решением комиссии по формированию территориальной программы обязательного медицинского страхования. При наличии нескольких страховых медицинских организаций, имеющих договоры с данной медицинской организацией, задание медицинской организации распределяются между ними пропорционально численности застрахованных каждым СМО.

Установленные задания должны включаться в условия договоров между СМО и медицинскими организациями на оказание медицинской помощи застрахованным<sup>151</sup>.

## **Статья 29. Размещение временно свободных средств Федерального фонда и территориальных фондов**

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

Порядок и условия размещения временно свободных средств регламентированы постановлением Правительства Российской Федерации от 31.12.2010 № 1225 «О размещении временно свободных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования»<sup>152</sup>.

Временно свободные средства Федерального фонда включают в себя остатки средств бюджета Федерального фонда на

---

<sup>151</sup> Формулировки приведены в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ и постановлением Правительства Российской Федерации от 06.05.2003 № 255 «О разработке и финансировании выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и контроле за их реализацией».

<sup>152</sup> СЗ РФ. 2011. № 2. Ст. 388.

счете по учету средств нормированного страхового запаса, а также остатки средств бюджета Федерального фонда на счете по учету средств обязательного медицинского страхования в пределах положительной разницы между размером остатков на счете по учету средств обязательного медицинского страхования на 1-е число месяца, в котором осуществляется размещение временно свободных средств Федерального фонда, и величиной, равной одной двенадцатой размера расходов месяца, в котором осуществляется размещение временно свободных средств Федерального фонда.

Временно свободные средства территориального фонда включают в себя остатки средств бюджета территориального фонда на счете по учету средств обязательного медицинского страхования, включая средства нормированного страхового запаса, в пределах положительной разницы между размером остатков на счете по учету средств обязательного медицинского страхования на 1-е число месяца, в котором осуществляется размещение временно свободных средств территориального фонда, и величиной, равной одной двенадцатой размера расходов месяца, в котором осуществляется размещение временно свободных средств территориального фонда.

### **Статья 30. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию**

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

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

нальных медицинских ассоциаций, профессиональных союзов медицинских работников.

**3. Тарифы на оплату медицинской помощи в одной медицинской организации являются едиными для всех страховых медицинских организаций, находящихся на территории субъекта Российской Федерации, оплачивающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также в случаях, установленных настоящим Федеральным законом, — в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.**

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

С 1 января 2011 года по 31 декабря 2012 года тариф на оплату медицинской помощи:

1) в части базовой программы обязательного медицинского страхования включает в себя расходы, определенные Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации;

2) в части территориальных программ обязательного медицинского страхования может включать в себя часть расходов на оплату труда, начисления на выплаты по оплате труда (в части прочих выплат), расходы на оплату услуг связи, транспортных и коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу (ч. 3 ст. 51 данного документа).

Настоящей статьей устанавливается порядок установления тарифов на оплату медицинской помощи путем определения затрат медицинских организаций, на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования.

**Статья 31. Возмещение расходов  
на оплату оказанной медицинской помощи  
застрахованному лицу  
вследствие причинения вреда его здоровью**

1. Расходы, осуществленные в соответствии с настоящим Федеральным законом страховой медицинской организацией, на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью (за исключением расходов на оплату лечения застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве) подлежат возмещению лицом, причинившим вред здоровью застрахованного лица.

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

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

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

5. Иск о возмещении расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью и связанных с ними расходов страховой медицинской организации предъявляется в порядке гражданского судопроизводства.

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

1. В данной статье установлены правила возмещения расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью, за исключением расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве, которые оплачиваются в соответствии с Федеральным законом от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве» (смотри комментарий к ст. 32).

В комментируемой статье, в частности, определен субъект обязанности по возмещению таких расходов, сформулирован объем требований, предъявляемых к обязанному лицу, обозначен порядок судебного взыскания расходов на оплату оказанной медицинской помощи и возможность досудебного урегулирования споров, а также закреплены отдельные процедурные положения, связанные с возмещением указанных расходов.

Часть 1 комментируемой статьи определяет субъекта обязанности по возмещению расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу. Таким субъектом является лицо, причинившее вред здоровью застрахованного лица.

Применяя данное положение, следует учитывать, что общие правила об ответственности за причинение вреда сформулированы в части второй Гражданского кодекса Российской Федерации (§ 1 «Общие положения о возмещении вреда» гл. 59 «Обязательства вследствие причинения вреда»).

В изъятие из общего правила о том, что вред, причиненный личности, подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред (абз. 1 п. 1 ст. 1064 ГК РФ), в абз. 2 п. 1 ст. 1064 ГК РФ предусматривается возможность возложения обязанности возмещения вреда на лицо, не являющееся причинителем вреда. Такие случаи, в частности, предусмотрены ГК РФ (ст. 1069 «Ответственность за вред, причиненный государственными органами, органами местного самоуправления, а также их должностными лицами», ст. 1070 «Ответственность за вред, причиненный незаконными действиями органов дознания, предварительного следствия, прокуратуры и суда», ст. 1073

«Ответственность за вред, причиненный несовершеннолетними в возрасте до 14 лет», ст. 1074 «Ответственность за вред, причиненный несовершеннолетними в возрасте от 14 до 18 лет», ст. 1079 «Ответственность за вред, причиненный деятельностью, создающей повышенную опасность для окружающих» и ст. 1095 «Основания возмещения вреда, причиненного вследствие недостатков товара, работ или услуг»). В указанных случаях расходы на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу подлежат возмещению иными лицами за счет соответствующей казны (ст. 1069, 1070), родителями (усыновителями), иными законными представителями либо организациями, выполнявшими функции по воспитанию и (или) надзору за несовершеннолетними (ст. 1073, 1074), владельцем источника повышенной опасности (ст. 1079), продавцами товаров и другими лицами (ст. 1095).

Специальные положения будут действовать и в связи с применением ряда иных статей ГК РФ (например: ст. 1067 «Применение вреда в состоянии крайней необходимости», когда судом обязанность возмещения вреда может быть возложена на третье лицо, в интересах которого действовал причинивший вред, и ст. 1068 «Ответственность юридического лица или гражданина за вред, причиненный его работником»).

По общему правилу, лицо, причинившее вред, предполагается виновным в причинении вреда в силу действия «презумпции вины причинителя вреда» (п. 2 ст. 1064 ГК РФ). Такое лицо освобождается от возмещения вреда, если докажет, что вред причинен не по его вине. При доказательстве отсутствия вины причинителя вреда расходы на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью взысканы с причинителя вреда быть не могут.

Вместе с тем законом может быть предусмотрено возмещение вреда и при отсутствии вины причинителя вреда (например: п. 1 ст. 1070, ст. 1079, п. 1 ст. 1095 ГК РФ). В этих случаях, расходы, осуществленные страховой медицинской организацией, подлежат возмещению с лиц, обязанных отвечать за причинение соответствующего вреда.

Подробнее особенности определения субъекта обязанности по возмещению причиненного вреда рассмотрены в п. 9–16 и 18–25 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 26.01.2010 № 1 «О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина»<sup>153</sup>.

2. В части 2 комментируемой статьи определяется условие для предъявления претензии или иска к лицу, причинившему вред здоровью застрахованного лица, в порядке возмещения расходов на оплату оказанной медицинской помощи. Страховая медицинская организация возмещает соответствующие расходы на основании результатов проведения экспертизы качества медицинской помощи, оформленных актом.

Правовой основой проведения экспертизы качества медицинской помощи в Российской Федерации, наряду с «Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» и комментируемым законом, является приказ ФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию». В приложении 8 к утвержденному порядку предложен Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), раздел 3 которого определяет дефекты медицинской помощи и нарушения при оказании медицинской помощи.

Кроме того, ежегодно Правительством Российской Федерации утверждается Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (см., например: Постановление Правительства РФ от 04.10.2010 № 782 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год»), которая устанавливает критерии доступности и качества медицинской помощи.

---

<sup>153</sup> Бюллетень Верховного Суда РФ. 2010. № 3.



В соответствии с ч. 6 ст. 40 комментируемого закона экспертиза качества медицинской помощи представляет собой выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценку правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи.

Данная экспертиза проводится экспертом качества медицинской помощи, включенным в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи. Соответствующая экспертиза может поручаться ему Федеральным фондом, территориальным фондом либо страховой медицинской организацией. Требования к экспертам качества медицинской помощи установлены ч. 7 ст. 40 комментируемого Закона.

В соответствии с ч. 9 ст. 40 комментируемого закона, результаты экспертизы качества медицинской помощи оформляются соответствующим актом по форме, установленной Федеральным фондом.

Обжалование заключений страховой медицинской организации по оценке качества предоставления медицинской помощи и проведение повторных экспертиз осуществляется по правилам закрепленным в ст. 42 комментируемого Закона.

Детальная регламентация условий проведения и требований к экспертизе качества медицинской помощи приводится в разделе V Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Образцы актов целевой и плановой экспертизы качества медицинской помощи приводятся в приложениях 5 и 6 к указанному Порядку.

**3.** Документальной основой определения расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью являются:

- реестр счета медицинской организации;
- счет медицинской организации.

Данные документы формируются медицинской организацией, работающей в системе обязательного медицинского страхования, оказавшей медицинскую помощь.

Требования к оформлению и содержанию счетов и реестров счетов приводятся в Правилах обязательного медицинского страхования, утвержденных Приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.11. № 158н.

В соответствии с пунктом 126 Правил, счет на оплату медицинской помощи должен быть заверен подписью руководителя и главного бухгалтера медицинской организации и печатью медицинской организации.

Реестр счетов должен содержать следующие сведения:

- 1) наименование медицинской организации;
- 2) ОГРН в соответствии с ЕГРЮЛ;
- 3) период, за который выставлен счет;
- 4) номер позиции реестра;
- 5) сведения о застрахованном лице: фамилия, имя, отчество (при наличии); пол; дата и место рождения; данные документа, удостоверяющего личность; СНИЛС (при наличии); номер полиса;
- 6) сведения об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи: вид оказанной медицинской помощи (код); диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее — МКБ-10); дату начала и дату окончания лечения; объемы оказанной медицинской помощи; профиль оказанной медицинской помощи (код); специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь (код); тариф на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу; стоимость оказанной медицинской помощи; результат обращения за медицинской помощью (код).

**4.** Часть 4 комментируемой статьи определяет объем дополнительных требований, которые страховая медицинская организация вправе предъявить лицу, причинившему вред здоровью застрахованного лица.

Наряду с требованием расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу страховая медицинская организация вправе предъявить требование:

- о возмещении своих расходов на проведение дополнительной экспертизы по установлению факта причинения вреда здоровью застрахованного лица;
- о возмещении своих расходов на оформление необходимой документации;
- о возмещении судебных издержек.

Дополнительная экспертиза может проводиться в случаях недостаточной ясности или неполноты ранее сделанного заключения по интересующему факту. Ее проведение может быть поручено тому же либо другому эксперту.

Необходимой документацией следует считать любые документы (акты, договоры, справки, а также документы и материалы, выполненные в форме цифровой, графической записи, в том числе полученные посредством факсимильной, электронной или другой связи либо иным позволяющим установить достоверность документа способом) и надлежащим образом оформленные копии таких документов, содержащие сведения об обстоятельствах, имеющих значение для возмещения расходов на оплату оказанной помощи.

В большинстве случаев необходимый характер соответствующей документации является оценочной категорией и устанавливается отдельно применительно к каждому случаю возмещения расходов. Вместе с тем для некоторых документов установлен специальный правовой режим («режим необходимого документа»). Так, в Административном регламенте Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по предоставлению государственной услуги по направлению граждан Российской Федерации на лечение за пределами территории Российской Федерации (утвержден приказом Минздравоохранения России от 24.12.2009 № 1024н) содержится Перечень документов, необходимых для предоставления государственной услуги и требования к их оформлению. Среди та-

ких документов, в частности, указана копия выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного. А в Административном регламенте Федерального медико-биологического агентства по исполнению государственной функции по организации проведения медико-социальной экспертизы, по организации деятельности по установлению связи заболевания (смерти) с профессией, а также причинной связи заболевания, инвалидности или смерти с воздействием особо опасных факторов физической, химической и биологической природы (утвержден приказом Минздравсоцразвития России от 29.11.2007 г. № 733) содержится Перечень документов, необходимых для исполнения государственной функции и по организации деятельности по установлению связи заболевания (смерти) с профессией, а также причинной связи заболевания, инвалидности или смерти с воздействием особо опасных факторов физической, химической и биологической природы. В соответствии с этим перечнем при наличии предварительного диагноза «острое/хроническое профессиональное заболевание (отравление)» или подозрении на его наличие учреждение здравоохранения обязано наряду с другими документами предоставить копию трудовой книжки.

Судебные издержки, о которых идет речь в комментируемой статье, следует понимать в процессуально-правовом значении. Данным термином охватываются так называемые судебные расходы, состоящие из государственной пошлины и издержек, связанных с рассмотрением дела (ч. 1 ст. 88 ГПК РФ).

Размер и порядок уплаты государственной пошлины устанавливаются, а льготы по уплате государственной пошлины предоставляются в случаях и порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации о налогах и сборах (см. гл. 25.3 Налогового кодекса Российской Федерации).

Кроме того, в соответствии с законодательством Российской Федерации о налогах и сборах устанавливаются:

основания и порядок предоставления отсрочки или рассрочки уплаты государственной пошлины;

основания и порядок доплаты государственной пошлины;

основания и порядок возврата или зачета государственной пошлины.

К издержкам, связанным с рассмотрением дела, в соответствии со ст. 94 ГПК РФ относятся:

суммы, подлежащие выплате свидетелям, экспертам, специалистам и переводчикам;

расходы на оплату услуг переводчика, понесенные иностранными гражданами и лицами без гражданства, если иное не предусмотрено международным договором Российской Федерации;

расходы на проезд и проживание сторон и третьих лиц, понесенные ими в связи с явкой в суд;

расходы на оплату услуг представителей;

расходы на производство осмотра на месте;

компенсация за фактическую потерю времени в соответствии со ст. 99 ГПК РФ;

связанные с рассмотрением дела почтовые расходы, понесенные сторонами;

другие признанные судом необходимыми расходы.

**5.** В соответствии с ч. 5 комментируемой статьи дела о возмещении расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу рассматриваются в порядке гражданского судопроизводства. При этом с учетом подведомственности гражданских дел они могут быть рассмотрены как судами общей юрисдикции (ст. 22 ГПК РФ), так и арбитражными судами (ст. 27, 28 АПК РФ).

Требования к исковому заявлению, порядку и срокам его рассмотрения в судах общей юрисдикции закреплены в ГПК РФ (подраздел II «Исковое производство» раздела II «Производство в суде первой инстанции»), а в арбитражных судах — в АПК РФ (раздел II «Производство в арбитражном суде первой инстанции. Исковое производство»).

Сторонами в делах подобного рода выступают: на стороне истца — соответствующий фонд обязательного медицинского страхования, возместивший расходы на оплату оказанной медицинской помощи; на стороне ответчика — лицо, причинившее вред здоровью застрахованного лица.

Предмет доказывания по делу о возмещении расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу и связанных с ними расходов составляют подлежащие установлению судом факт несения расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу и связанных с ними иных расходов страховой медицинской организации, а также размер указанных расходов. Соответственно, в качестве необходимых доказательств по делам подобного рода должны быть представлены документы, подтверждающие факт оплаты и размер расходов. Так, по иску Мурманского территориального фонда обязательного медицинского страхования к гражданину Б. о возмещении материального ущерба Ленинский районный суд г. Мурманска принял в качестве надлежащих доказательств справку (извлечение из реестра — приложение к счету территориального фонда) и выписку из платежного поручения. При этом основой для расчета взыскиваемых сумм послужили условия договора на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по обязательному медицинскому страхованию и утвержденные тарифы на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования Мурманской области<sup>154</sup>.

**6.** Комментируемая статья прямо допускает возможность досудебного порядка возмещения расходов на оплату оказанной медицинской помощи (ч. 6).

Представляется, что подобная возможность в равной мере распространяется и на возмещение иных расходов, право требования которых предоставлено страховым медицинским организациям. Юридические и физические лица, виновные в причинении вреда здоровью застрахованного лица, вправе исполнить любые свои обязательства в добровольном порядке, не прибегая к силе судебного решения, и, как следствие, минимизировать возможные имущественные потери.

В случае уклонения страховой медицинской организации от принятия добровольного исполнения, обязанное лицо имеет

---

<sup>154</sup> Дело № 2-345/08. Из архива Ленинского районного суда г. Мурманска.

право внести причитающуюся с него сумму в депозит нотариуса. Такое внесение считается исполнением обязательства (ст. 327 ГК РФ).

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

1. Оплата расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998 года № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» Фондом социального страхования Российской Федерации за счет средств обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

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

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

1. Оплата расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве (в изъятие из общего правила о возмещении расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью — см. комментарий к ст. 31) имеет специальный правовой режим. Такой режим обусловлен обстоятельствами причинения вреда (в связи с

профессиональной деятельностью), а также характером последствий причиненного вреда (степень тяжести).

Определение степени тяжести повреждения здоровья при несчастных случаях на производстве осуществляется в соответствии со Схемой определения степени тяжести повреждения здоровья при несчастных случаях на производстве, установленной приказом Минздравсоцразвития РФ от 24.02.2005 № 160 «Об определении степени тяжести повреждения здоровья при несчастных случаях на производстве» (зарегистрировано в Минюсте РФ 07.04.2005 № 6478), а особенности расследованная несчастных случаев установлены постановлением Минтруда РФ от 24.10.2002 № 73 «Об утверждении форм документов, необходимых для расследования и учета несчастных случаев на производстве, и положения об особенностях расследования несчастных случаев на производстве в отдельных отраслях и организациях» (зарегистрировано в Минюсте РФ 05.12.2002 № 3999).

Оплата расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний». Данным актом, в частности, определяются виды обеспечения по страхованию (пособие по временной нетрудоспособности; единовременная и ежемесячные страховые выплаты застрахованному, оплата дополнительных расходов, связанных с медицинской, социальной и профессиональной реабилитацией застрахованного при наличии прямых последствий страхового случая) — ст. 8; основания, условия назначения и размер соответствующих выплат — ст.ст. 9–15, а также права и обязанности субъектов страхования — ст. 16–19 (кроме ст. 18.1).

Обязанность по оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве возложена на Фонд социального страхования Российской Федерации, являющийся страховщиком по обязательному социальному страхованию от не-



счастливых случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

2. Часть 2 комментируемой статьи закрепляет обязанность направления исполнительными органами Фонда социального страхования сведений о принятом решении об оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве.

К числу сведений, подлежащих направлению, относятся:

наименование исполнительного органа Фонда социального страхования, принявшего решение об оплате расходов на лечение застрахованного лица;

наименование территориального ФОМС;

фамилия, имя, отчество, дата рождения застрахованного лица, в отношении которого принято решение об оплате расходов на лечение;

наименование документа, удостоверяющего личность застрахованного лица, его серия, номер, дата выдачи, наименование выдавшего органа;

дата несчастного случая на производстве;

наименование страхователя;

диагноз, дата начала лечения;

наименование медицинской организации, в которой осуществляется лечение застрахованного лица, адрес, телефон.

В соответствии с комментируемой статьей Фондом социального страхования Российской Федерации по согласованию с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования утвержден Порядок направления сведений о принятом решении об оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве (см. приказ ФСС РФ от 08.12.2010 № 261 (зарегистрировано в Минюсте России 20.12.2010 № 19236)).

Воспроизводя положения комментируемой статьи о сроке направления сведений (не позднее 10 дней со дня принятия решения об оплате расходов на лечение), Порядок определяет представление сведений на бумажном носителе, а при наличии технической возможности — в электронном виде, и закрепляет

обязанность исполнительного органа Фонда социального страхования и территориальных ФОМС обеспечивать конфиденциальность сведений персонального характера, передаваемых в соответствии с утвержденным Порядком.

В целях установления методологического единообразия Фондом социального страхования Российской Федерации издан приказ от 03.03.2011 № 26 «Об утверждении формы сведений о принятом решении исполнительным органом Фонда социального страхования Российской Федерации об оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве, направляемых в территориальный фонд обязательного медицинского страхования», которым утвержден образец формы на бумажном носителе.

Соответствующие требования по защите персональных данных установлены Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»<sup>155</sup>.

3. Частью 3 комментируемой статьи закрепляется обязанность территориальных фондов направлять полученные ими сведения страховым медицинским организациям.

Порядок подобного взаимодействия устанавливается Правилами обязательного медицинского страхования. В соответствии с Правилами (раздел VII), территориальный фонд в течение трех рабочих дней со дня получения сведений от исполнительного органа Фонда социального страхования Российской Федерации проводит идентификацию застрахованных лиц на основании регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования, и передает в течение пяти рабочих дней с даты получения сведений соответствующим страховым медицинским организациям следующие сведения о застрахованных лицах:

- 1) фамилия, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица;
- 2) номер полиса обязательного медицинского страхования;

---

<sup>155</sup> Российская газета. 29 июля 2006 г.

- 3) дата рождения;
- 4) наименование документа, удостоверяющего личность;
- 5) серия и номер документа, удостоверяющего личность;
- 6) наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность;
- 7) дата выдачи документа, удостоверяющего личность;
- 8) дата несчастного случая на производстве;
- 9) дата начала лечения;
- 10) диагноз;
- 11) наименование медицинской организации;
- 12) основной государственный регистрационный номер (ОГРН) медицинской организации в соответствии с ЕГРЮЛ;
- 13) адрес медицинской организации;
- 14) номер телефона медицинской организации с кодом города.

Данные сведения передаются в электронном виде с использованием средств криптографической защиты информации и электронной цифровой подписи (о средствах криптографической защиты конфиденциальной информации см. подробнее: приказ ФАПСИ от 13.06.2001 № 152 «Об утверждении Инструкции об организации и обеспечении безопасности хранения, обработки и передачи по каналам связи с использованием средств криптографической защиты информации с ограниченным доступом, не содержащей сведений, составляющих государственную тайну»; о правилах использовании электронной цифровой подписи см. подробнее: Федеральный закон от 10.01.2002 № 1-ФЗ «Об электронной цифровой подписи»).

Одновременно, на страховые медицинские организации возлагается обязанность обеспечивать необходимую конфиденциальность сведений персонального характера в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и иными специальными требованиями к обеспечению безопасности персональных данных (см. подробнее п. 2 комментария к настоящей статье).

При технической невозможности обеспечения электронной цифровой подписи подлинность сведений, представленных в электронном виде, должна подтверждаться реестром на бумаж-

## Глава 5

ном носителе, при этом реестр должен содержать дату его составления, подпись, фамилию, имя, отчество (при наличии) исполнителя, заверен подписью директора территориального фонда и скреплен печатью территориального фонда (п. 109 Правил).

## Глава 6

# Правовое положение Федерального фонда и территориального фонда

### Статья 33. Правовое положение, полномочия и органы управления Федерального фонда

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

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

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

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

Федерации по представлению руководителя уполномоченного федерального органа исполнительной власти.

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

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

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

8. Федеральный фонд:

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

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

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

4) вправе начислять в соответствии со статьей 25 настоящего Федерального закона и взыскивать со страхователей для неработающих граждан недоимку по страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения, штрафы и пени в порядке, аналогичном порядку, установленному статьей 18 Федерального закона от 24 июля 2009 года № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обя-

зательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования»;

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

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

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

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

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

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

11) ведет единый реестр экспертов качества медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

12) ведет единый регистр застрахованных лиц;

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

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

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

**16) осуществляет международное сотрудничество в сфере обязательного медицинского страхования;**

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

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

Согласно положениям комментируемой статьи, регламентирующей вопросы правового положения Федерального фонда и закрепленных за ним полномочий, установлено, что свою деятельность Федеральный фонд обязательного медицинского страхования как страховщик по обязательному медицинскому страхованию в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования (ст. 12 комментируемого закона) осуществляет в соответствии с федеральным законом о государственных социальных фондах, иными федеральными законами, указами Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации и Уставом, его учреждающим.

К числу законодательной базы, понимаемой в широком смысле этого слова, следует отнести, в частности, Федеральный конституционный закон от 17.12.1997 № 2-ФКЗ «О Правительстве Российской Федерации»<sup>156</sup>, Гражданский кодекс Российской Федерации<sup>157</sup>, Бюджетный кодекс Российской Федерации<sup>158</sup>, Трудовой кодекс Российской Федерации<sup>159</sup>, Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 № 5487-1<sup>160</sup>, Федеральный закон от 16.07.1999 № 165-ФЗ «Об ос-

---

<sup>156</sup> СЗ РФ. 1997. № 51. Ст. 5712.

<sup>157</sup> СЗ РФ. 1994. № 32. Ст. 3301.

<sup>158</sup> СЗ РФ. 1998. № 31. Ст. 3823.

<sup>159</sup> СЗ РФ. 2002. № 1 (ч. 1). Ст. 3.

<sup>160</sup> Ведомости СНД и ВС РФ. 1993. № 33. Ст. 1318.



новах обязательного социального страхования»<sup>161</sup>, Федеральный закон от 08.12.2010 № 333-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годов»<sup>162</sup>, комментируемый Закон, Федеральный закон от 24.07.2009 № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования»<sup>163</sup>, Указ Президента РФ от 25.07.1996 № 1095 «О мерах по обеспечению государственного финансового контроля в Российской Федерации»<sup>164</sup>, Указ Президента РФ от 29.06.1998 № 729 «Вопросы Федерального фонда обязательного медицинского страхования»<sup>165</sup>, Указ Президента Российской Федерации от 20.03.2001 № 318 «О введении государственной регистрации актов, издаваемых Пенсионным фондом Российской Федерации, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и Фондом социального страхования Российской Федерации»<sup>166</sup>, постановления Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 № 321 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации»<sup>167</sup>; от 29.07.1998 № 857 «Об утверждении устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования»<sup>168</sup>; от 04.10.2010 № 782 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год»<sup>169</sup>; от 13.08.1997 № 1009 «Об утверждении Правил подготовки норма-

---

<sup>161</sup> СЗ РФ. 1999. № 29. Ст. 3686.

<sup>162</sup> СЗ РФ. 2010. № 50. Ст. 6591.

<sup>163</sup> СЗ РФ. 2009. № 30. Ст. 3738.

<sup>164</sup> СЗ РФ. 1996. № 31. Ст. 3696.

<sup>165</sup> СЗ РФ. 1998. № 27. Ст. 3147.

<sup>166</sup> СЗ РФ. 2001. № 13. Ст. 1216.

<sup>167</sup> СЗ РФ. 2004. № 28. Ст. 2898.

<sup>168</sup> СЗ РФ. 1998. № 32. Ст. 3902.

<sup>169</sup> СЗ РФ. 2010. № 41 (2 ч.). Ст. 5239.

тивных правовых актов федеральных органов исполнительной власти и их государственной регистрации»<sup>170</sup>; от 02.10.2009 № 811 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2010 год»<sup>171</sup>; распоряжения Правительства РФ от 04.02.2009 № 130-р «Об утверждении состава правления Федерального фонда обязательного медицинского страхования»<sup>172</sup>; от 13.11.2008 № 1652-р «О Председателе Федерального фонда обязательного медицинского страхования»<sup>173</sup> и др.

Немаловажным будет отметить, что в настоящее время федеральный закон о государственных социальных фондах еще не принят, поэтому до дня его вступления в силу правовое положение ФОМС определяется его Уставом, утвержденным постановлением Правительства РФ от 29.07.1998 № 857 «Об утверждении устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования» (далее — Устав Федерального фонда) (см. ч. 13 ст. 51 комментируемого закона).

Статья 12 рассматриваемого закона наряду с Уставом Федерального фонда определяет ФОМС как самостоятельное государственное некоммерческое финансово-кредитное учреждение, финансовые средства которого являются федеральной (государственной) собственностью (п. 1, 3, 9). Несмотря на то, что Фонд создан Правительством РФ, он не является органом государственной власти, фактически выполняя публично-правовые функции, что позволяет его отнести к юридическим лицам публичного права, создаваемых в общественно значимых интересах и наделяемых властными полномочиями<sup>174</sup>.

Следует заключить, что ФОМС является правовой, экономической и организационной основой медицинского страхования,

---

<sup>170</sup> СЗ РФ. 1997. № 33. Ст. 3895.

<sup>171</sup> СЗ РФ. 2009. № 43. Ст. 5062.

<sup>172</sup> СЗ РФ. 2009. № 7. Ст. 874.

<sup>173</sup> СЗ РФ. 2008. № 46. Ст. 5380.

<sup>174</sup> См.: Чиркин В.Е. Юридическое лицо публичного права. М. 2007; Гутников О.В. Правовое положение фондов как юридических лиц // Корпорации и учреждения: Сборник статей / Отв. ред. М.А. Рожкова. М., 2007. С. 144.

направленного на усиление заинтересованности и ответственности как самого застрахованного, так и государства, организации в охране здоровья работников.

В правоотношениях ФОМС выступает в качестве юридического лица, имеет самостоятельный баланс, обособленное имущество, счета в учреждениях Центрального банка РФ и других кредитных организациях, печать со своим наименованием, штампы и бланки установленного образца (ст. 48 ГК РФ, п. 4 Устава Федерального фонда), его имущество является федеральной собственностью и закрепляется за ним на праве оперативного управления (п. 14 Устава Федерального фонда).

В соответствии с п. 17 Устава управление ФОМС осуществляется коллегиальным органом — правлением, определяющим основные направления деятельности ФОМС и осуществляющим текущий контроль за его деятельностью, и постоянно действующим исполнительным органом — председателем Федерального фонда (ч. 2 комментируемой статьи),

К компетенции правления ФОМС относится:

- утверждение перспективных планов работы ФОМС;
- рассмотрение проектов бюджета Федерального фонда и отчетов о его исполнении, утверждение годовых отчетов о результатах деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования;
- рассмотрение разрабатываемых ФОМС проектов нормативных актов по совершенствованию системы обязательного медицинского страхования;
- принятие решений о внесении в установленном порядке предложений по определению норматива средств на содержание ФОМС, о рекомендациях по определению норматива средств на содержание территориальных фондов обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организаций;
- формирование ревизионной комиссии (п. 18 Устава Федерального фонда).

Состав правления ФОМС определен ч. 4 и 5 комментируемой статьи в количестве 11 человек, при этом руководитель уполномоченного федерального органа исполнительной власти (Ми-

нистр здравоохранения и социального развития Российской Федерации) и председатель Федерального фонда входят в состав правления ФОМС по должности. Круг лиц, входящих в состав правления Федерального фонда, утверждается Правительством Российской Федерации по представлению руководителя уполномоченного федерального органа исполнительной власти (см. распоряжение Правительства РФ от 04.02.2009 № 130-р «Об утверждении состава правления Федерального фонда обязательного медицинского страхования»). Возглавляет правление ФОМС председатель правления Федерального фонда — Министр здравоохранения и социального развития Российской Федерации (ч. 5 комментируемого закона).

Вместе с тем действующая редакция п. 19 Устава Федерального фонда (в ред. постановления Правительства РФ от 27.10.2008 № 782) говорит об общем составе правления ФОМС в количестве 13 человек, имея в виду и входящих по должности в состав Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации и председателя ФОМС. Полагаем целесообразным привести к единообразию численный состав на подзаконном уровне.

Срок полномочий правления определен в 3 года.

На председателя ФОМС возлагается руководство текущей деятельностью; он несет персональную ответственность за ее результаты и подотчетен правлению ФОМС.

В целях действенного осуществления своей деятельности председатель ФОМС осуществляет следующие полномочия:

- действует от имени ФОМС без доверенности;
- распоряжается имуществом ФОМС;
- заключает договоры, в том числе трудовые;
- открывает расчетный и другие счета;
- представляет в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации проект устава Федерального фонда;
- представляет в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации на утверждение:

проект ежегодного плана и показателей деятельности Федерального фонда и отчет об их исполнении;

административные регламенты исполнения государственных функций;

административные регламенты предоставления государственных услуг;

– утверждает по согласованию с правлением структуру, штатное расписание и смету расходов Федерального фонда;

– издает приказы и дает указания, обязательные для исполнения всеми работниками Федерального фонда;

– по согласованию с правлением представляет в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации проекты федеральных законов о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования и о его исполнении;

– по вопросам, относящимся к компетенции ФОМС, утверждает нормативно-методические документы, обязательные для исполнения территориальными фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями, входящими в систему обязательного медицинского страхования;

– использует для выполнения задач, стоящих перед ФОМС, финансовые средства в пределах утвержденных бюджета и сметы расходов;

– принимает на работу и увольняет работников в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации;

– организует учет и отчетность Федерального фонда.

Председатель ФОМС решает все вопросы деятельности Фонда, кроме тех, которые в соответствии с Уставом Федерального фонда входят в исключительную компетенцию правления Федерального фонда, а также в компетенцию Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (п. 21 Устава Федерального фонда).

Правила формирования правления ФОМС во многом схожи с аналогичными правилами, установленными для Пенсионного

фонда РФ. Правила формирования правления ФОМС, сформулированные в ч. 6 комментируемой ст. 33, предусматривают диспозитивность включения в состав правления как представителей федеральных органов законодательной и исполнительной власти, так и представителей общероссийских объединений работодателей (п. 19 Устава Федерального фонда), что позволяет всем участникам полноценно участвовать в управлении финансовыми ресурсами социального страхования и осуществлять контроль за их использованием, делая его транспарентным.

В соответствии с распоряжением Правительства РФ от 04.02.2009 № 130-р в состав правления ФОМС включены: председатель Комитета Совета Федерации по финансовым рынкам и денежному обращению, председатель Комитета Государственной Думы по охране здоровья, директор Департамента развития медицинского страхования Минздравсоцразвития России, член комиссии Общероссийского объединения работодателей «Российский союз промышленников и предпринимателей» по здравоохранению и медицинской промышленности, директор Департамента организации медицинской помощи и развития здравоохранения Минздравсоцразвития России, заместитель председателя Федерации независимых профсоюзов России, председатель Профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации, председатель Комитета Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению, первый заместитель председателя Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам, директор департамента по взаимодействию с отраслевыми объединениями — заместитель руководителя комиссии Общероссийского объединения работодателей «Российский союз промышленников и предпринимателей» по здравоохранению и медицинской промышленности, директор Департамента бюджетной политики в отраслях социальной сферы и науки Минфина России.

В рамках реализации социальных функций государства роль ФОМС раскрывается через его полномочия, которым и посвящена ч. 8 комментируемой статьи.

В перечень полномочий входит:

1) участие ФОМС в разработке программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Так, Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год, утвержденной постановлением Правительства РФ от 04.10.2010 № 782, определены виды и условия оказания медицинской помощи, нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансового обеспечения, порядок формирования и структуру тарифов на медицинскую помощь, а также предусмотрены критерии качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой гражданам Российской Федерации на территории Российской Федерации бесплатно.

Согласно положениям Бюджетного кодекса РФ и указанной Программы медицинская помощь на территории Российской Федерации оказывается за счет бюджетных ассигнований всех бюджетов бюджетной системы Российской Федерации, в том числе средств бюджетов государственных фондов обязательного медицинского страхования;

2) аккумуляция средств обязательного медицинского страхования и управление ими, формирование и использование резервов для обеспечения финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Узловым предназначением ФОМС является аккумуляция финансовых средств, формируемых за счет отчислений страхователей на обязательное медицинское страхование для обеспечения финансовой стабильности системы обязательного медицинского страхования и выравнивания финансовых ресурсов на его проведение (см. подп. 3 п. 7 Устава Федерального фонда).

Расходование средств ФОМС осуществляется исключительно на цели, определенные законодательством, регламентирующим его деятельность, в соответствии с бюджетом, утвержденным федеральным законом;

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

В силу п. 1 ст. 3 Федерального закона от 24.07.2009 № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования» (Закон № 212-ФЗ) в отношении страховых взносов на обязательное медицинское страхование, уплачиваемых в фонды обязательного медицинского страхования, контроль за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты осуществляет Пенсионный фонд Российской Федерации.

На основании ч. 3 ст. 3 Закона № 212-ФЗ Пенсионный фонд Российской Федерации и его территориальные органы осуществляют обмен необходимой информацией соответственно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и территориальными фондами обязательного медицинского страхования в электронной форме в порядке, определяемом соглашениями об информационном обмене (Соглашение об информационном обмене между Пенсионным фондом Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, утвержденное ПФР № АД-30-32/09сог, ФОМС № 6547/20-1 31.12.2010)<sup>175</sup>;

ФОМС получает из Пенсионного фонда Российской Федерации необходимую информацию для осуществления обязательного медицинского страхования. Обмен сведениями на федеральном уровне осуществляется в электронном виде, в том числе по каналам связи сети Интернет с обеспечением требований законодательства Российской Федерации по защите информации, а при необходимости — на бумажном носителе, и регулируется

---

<sup>175</sup> Документ опубликован не был.



протоколом информационного обмена между Сторонами, включающим порядок, регламент, периодичность, состав, структуру и форматы информации, передаваемой в соответствии с настоящим Соглашением;

4) в случае выявления нарушений законодательства об обязательном медицинском страховании должностные лица ФОМС составляют акты о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании, рассматривают дела о таких нарушениях и налагают штрафы (ст. 25 комментируемого Закона и ст. 18 Закона № 212-ФЗ). Перечень должностных лиц ФОМС, уполномоченных составлять акты о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании, рассматривать дела о таких нарушениях и налагать штрафы, утвержден приказом ФОМС от 01.12.2010 № 228 «Об утверждении перечня должностных лиц Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, уполномоченных составлять акты о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании, рассматривать дела о таких нарушениях и налагать штрафы»<sup>176</sup>.

При обнаружении фактов нарушения законодательства об обязательном медицинском страховании, установленных в ч. 1 и (или) 2 ст. 18, а также ч. 11 ст. 25 комментируемого закона, должностным лицом ФОМС должен быть составлен акт, форма которого утверждена приказом Федерального фонда от 01.12.2010 № 229 «Об утверждении формы акта о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании»<sup>177</sup> (Письмо ФОМС от 03.02.2011 № 575/20-1/и «О направлении Приказа Минздравсоцразвития России»)<sup>178</sup>.

К страхователям применяются следующие санкции за совершение нарушений законодательства об обязательном медицинском страховании:

---

<sup>176</sup> Российская газета. 2010. № 295.

<sup>177</sup> Российская газета. 2010. № 295.

<sup>178</sup> Документ опубликован не был.

а) штраф в размере пяти тысяч рублей за нарушение страхователями срока подачи заявления о регистрации или о снятии с регистрационного учета в территориальные фонды;

б) штраф в размере пятидесяти рублей за каждый непредставленный документ за отказ в представлении или непредставление в установленный срок страхователями в территориальные фонды документов или копий документов, предусмотренных комментируемым законом и (или) иными нормативными правовыми актами, принятыми в соответствии с ним;

в) штраф в размере двух процентов суммы страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, подлежащей уплате или доплате на основе этого расчета, за каждый полный или неполный месяц со дня, установленного для его представления, но не более пяти процентов указанной суммы и не менее одной тысячи рублей за непредставление страхователем в установленный комментируемым Федеральным законом срок расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения по месту учета в территориальном фонде;

г) штраф в размере двадцати процентов неуплаченной суммы страховых взносов за неуплату или неполную уплату сумм страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в результате неправильного исчисления этих страховых взносов;

5) установление формы отчетности и определение порядка ведения учета и порядка ведения отчетности оказанной медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

В соответствии с ч. 13 ст. 50 комментируемого Федерального закона ФОМС утвержден приказ от 16.12.2010 № 240 «Об утверждении Порядка и формы предоставления отчетности об использовании средств на цели по реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в период 2011–2012 годов»<sup>179</sup> которым предусмотрены правила составления и предоставления отчетности об ис-

---

<sup>179</sup> Российская газета. 2011. № 6.

пользовании средств на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в период 2011–2012 годов. Периодичность представления отчетности — ежемесячно. Отчетность представляется территориальным фондом обязательного медицинского страхования на основании отчетов страховой медицинской организации и уполномоченного органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации — в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, в срок до 15-го числа месяца, следующего за отчетным; уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации на основании отчетов учреждений здравоохранения — в территориальный фонд обязательного медицинского страхования в срок до 10-го числа месяца, следующего за отчетным; страховой медицинской организацией на основании отчетов учреждений здравоохранения (медицинских организаций) — в территориальный фонд обязательного медицинского страхования в срок до 10-го числа месяца, следующего за отчетным; учреждением здравоохранения (медицинской организацией) в срок до 5-го числа месяца, следующего за отчетным — в страховую медицинскую организацию — по средствами, поступившим из страховой медицинской организации и в уполномоченный орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации — по средствам, полученным от уполномоченного органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

На основании приказа ФОМС от 02.02.2009 № 19 «Об утверждении формы и порядка составления и представления отчетности об использовании территориальными фондами ОМС средств ОМС»<sup>180</sup> отчет (Форма ОМС-1) предусматривает получение сведений об использовании территориальным фондом средств ФОМС, направляемых в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования в виде: дотаций на выполнение территориальной программы в рамках базовой программы ОМС; средств нормированного страхового запаса ФОМС на уве-

---

<sup>180</sup> Документ опубликован не был.

личение дотаций на выполнение территориальной программы обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы. Территориальный фонд представляет отчет в адрес ФОМС ежемесячно до 10 числа месяца следующего за отчетным.

б) издание нормативно-правовых актов и методических указаний (см. также подп. 6 п. 21 Устава Федерального фонда).

Согласно положениям норм Указа Президента Российской Федерации от 20.03.2001 № 318 «О введении государственной регистрации актов, издаваемых Пенсионным фондом Российской Федерации, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и Фондом социального страхования Российской Федерации» ФОМС (наряду с ПФР РФ) наделен правом издавать нормативные правовые акты (подп. 6 п. 21 Устава) в виде приказов, распоряжений, правил, инструкций и положений (постановление Правительства Российской Федерации от 13.08.1997 № 1009 «Об утверждении Правил подготовки нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти и их государственной регистрации», приказ Министерства юстиции Российской Федерации от 04.05.2007 № 88 «Об утверждении Разъяснений о применении Правил подготовки нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти и их государственной регистрации»<sup>181</sup>, приказ ФОМС от 03.07.2007 № 132 «Об утверждении правил подготовки нормативных правовых актов ФМС и их государственной регистрации»<sup>182</sup>).

Согласно п. 9.1, 9.2 приказа ФОМС от 03.07.2007 № 132 «Об утверждении правил подготовки нормативных правовых актов ФМС и их государственной регистрации» в целях обеспечения возможности проведения независимой антикоррупционной экспертизы проектов нормативных правовых актов — разработчик проекта нормативного правового акта (ответственное структурное подразделение ФОМС) вместе с Управлением информационно-аналитических технологий и Отделом по взаимодействию с

---

<sup>181</sup> Российская газета . 2007. № 108.

<sup>182</sup> Документ опубликован не был.

федеральными органами исполнительной власти и средствами массовой информации в течение рабочего дня, соответствующего дню его направления на рассмотрение в Управление правовой и международной деятельности, совместно размещают проект нормативного правового акта на официальном сайте ФОМС в сети Интернет с указанием дат начала и окончания приема заключений по результатам независимой антикоррупционной экспертизы. Если замечания и предложения, обнаруженные в ходе проведения экспертизы, носят принципиальный характер, то должны быть учтены исполнителем, ответственным за разработку проекта нормативного правового акта.

Подготовленный и согласованный с соответствующими структурными подразделениями нормативный правовой акт проверяется на соответствие законодательству Российской Федерации и визируется начальником Управления правовой и международной деятельности ФОМС, после чего направляется на согласование в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации (п. 10 Приказа № 132) и подписывается (утверждается) директором ФОМС или лицом, исполняющим его обязанности (п. 11 Приказа № 132).

Государственной регистрации подлежат нормативные правовые акты ФОМС:

- содержащие правовые нормы, затрагивающие гражданские, политические, социально-экономические и иные права, свободы и обязанности граждан Российской Федерации, иностранных граждан и лиц без гражданства, гарантии их осуществления и механизм реализации прав, свобод и обязанностей;
- устанавливающие правовой статус организаций;
- имеющие межведомственный характер.

Нормативные правовые акты, затрагивающие права, свободы и обязанности человека и гражданина, устанавливающие правовой статус организаций или имеющие межведомственный характер, подлежат официальному опубликованию в установленном порядке («Российская газета», Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти, издательство «Юридическая литература» Администрации Президента Россий-

ской Федерации и т.п.) и вступают в силу по истечении 10 дней после их официального опубликования (постановление Правительства Российской Федерации от 13.08.1997 № 1009 «Об утверждении Правил подготовки нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти и их государственной регистрации»).

Признанные не нуждающимися в государственной регистрации нормативные документы ФОМС публикуются в научно-практическом журнале «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации»; газете «Медицинский вестник»; «Медицинской газете» (п. 19 приказа № 132).

Кроме того, ФОМС в пределах своей компетенции осуществляет организационно-методическое руководство по обеспечению функционирования системы обязательного медицинского страхования.

7) осуществление контроля за соблюдением субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования законодательства об обязательном медицинском страховании и за рациональным использованием ими средств обязательного медицинского страхования, включая проведение проверок и ревизий (см. подп. 6, 8 Устава Федерального фонда), на основании которых он выдает предписание как акт реагирования, содержащий в себе предложение по уплате штрафов и совершению определенных действий в установленные сроки.

Под рациональным использованием финансовых средств в системе обязательного медицинского страхования понимается такое их использование, которое обеспечивает достижение заданных результатов с использованием наименьшего объема средств или достижения наилучшего результата с использованием указанных средств.

ФОМС руководствуется абз. 2 п. 4 Указа Президента РФ от 25.07.1996 № 1095 «О мерах по обеспечению государственного финансового контроля в Российской Федерации»<sup>183</sup>, в силу ко-

---

<sup>183</sup> СЗ РФ. 1996. № 31. Ст. 3696.

торого средства на обязательное медицинское страхование, израсходованные не по целевому назначению, а также доходы, полученные от их использования, подлежат обязательному возмещению по предписаниям соответствующих органов государственного финансового контроля в течение одного месяца после выявления указанных нарушений. Указом установлена такая мера принуждения за незаконное расходование бюджетных средств, как возмещение. Следует обратить внимание, что в Указе № 1095 не раскрывается процедура и порядок возмещения незаконно или не по целевому назначению израсходованных средств бюджета;

8) определение общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования.

На сегодняшний момент утвержденных общих принципов построения единых информационных систем в указанной сфере не существует; имеется соответствующий проект приказа ФОМС, целью которого является создание и применение единых требований и правил информационного взаимодействия между участниками и субъектами системы обязательного медицинского страхования на территории Российской Федерации. Сформулированные в рамках приказа требования предполагаются быть обязательными для всех информационных систем участников и субъектов системы обязательного медицинского страхования, осуществляющих информационный обмен (отсутствие взимания платы за доступ к информации сайта; отсутствие необходимости в использовании специального программного обеспечения, кроме веб-обозревателя (браузера); круглосуточный доступ к информации; уведомление о проведении плановых технических работ, в ходе которых доступ пользователей к информации, размещенной на официальном сайте, будет невозможен, не менее чем за сутки до начала работ; обеспечение восстановления работоспособности официального сайта не более чем через 24 часа с момента возникновения технических неполадок, неполадок программного обеспечения или иных проблем, влекущих невозмож-

ность доступа пользователей к официальному сайту или к его отдельным страницам; размещение информации на сайте на русском языке; отсутствие сокращений, кроме общепринятых; информация о руководстве; информационный обмен в электронном виде по выделенным или открытым каналам связи, включая сеть Интернет, с использованием средств криптографической защиты информации и электронной цифровой подписи в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации в сфере защиты информации и персональных данных гражданина; в случае отсутствия возможности обеспечения юридически значимого документооборота передаваемые документы должны подтверждаться на бумажных носителях и т.п.);

9–11) ведение единого реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования; единого реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования; единого реестра экспертов качества медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Реестр страховых медицинских организаций являет собой информационный ресурс в целях учета страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. Порядок его ведения предусмотрен положениями приказа Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования»<sup>184</sup>, согласно которому непосредственно ведением реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации (п. 70–72), занимается ТФОМС субъекта РФ<sup>185</sup>, ФОМС, в свою очередь, ведет единый реестр страховых ме-

---

<sup>184</sup> Российская газета. 2011. № 47. (Опубликован без Правил обязательного медицинского страхования.)

<sup>185</sup> Реестры страховых медицинских организаций субъектов Российской Федерации являются сегментами единого реестра страховых медицинских организаций.



дицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Российской Федерации (п. 9 ч. 8 ст. 33 комментируемого Закона) и обеспечивает размещение на своем официальном сайте в сети Интернет единого реестра медицинских организаций (п. 85) с указанием соответствующих сведений:

- код страховой медицинской организации в кодировке единого реестра страховых медицинских организаций;
- код причины постановки на учет;
- полное и краткое наименование страховой медицинской организации (филиала) в соответствии с ЕГРЮЛ;
- фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон и факс руководителя, адрес электронной почты;
- фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон и факс, адрес электронной почты руководителя обособленного подразделения (филиала) страховой медицинской организации на территории субъекта Российской Федерации;
- сведения о лицензии (номер, дата выдачи и окончания срока действия);
- дата включения страховой медицинской организации в реестр страховых медицинских организаций;
- дата исключения страховой медицинской организации из реестра страховых медицинских организаций.

В соответствии с п. 11 ч. 8 ст. 33 комментируемого Федерального закона ФОМС ведет и единый реестр экспертов качества медицинской помощи, являющийся совокупностью электронных баз данных территориальных реестров экспертов качества медицинской помощи (ч. 4 Методических указаний «О порядке ведения реестров экспертов качества медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования», утвержденных приказом ФОМС от 17.02.2011 № 822/30-5/и «О направлении Методических указаний»<sup>186</sup>).

Приказом ФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, ка-

---

<sup>186</sup> Документ опубликован не был.

чества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»<sup>187</sup> установлено, что экспертизу качества медицинской помощи в соответствии с ч. 7 ст. 40 комментируемого Закона осуществляет эксперт качества медицинской помощи, являющийся врачом-специалистом, имеющим высшее профессиональное образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет, и прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования, включенный в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи (п. 81 приказа).

Эксперт качества медицинской помощи проводит экспертизу качества медицинской помощи по своей основной медицинской специальности, определенной дипломом, свидетельством об аккредитации специалиста или сертификатом специалиста. При проведении экспертизы качества медицинской помощи эксперт качества медицинской помощи имеет право на сохранение анонимности/конфиденциальности.

Основной задачей эксперта качества медицинской помощи является проведение экспертизы качества медицинской помощи с целью выявления дефектов медицинской помощи, включая оценку правильности выбора медицинской организации, степени достижения запланированного результата, установление причинно-следственных связей выявленных дефектов медицинской помощи, оформление экспертного заключения и рекомендаций по улучшению качества медицинской помощи в обязательном медицинском страховании.

Доступ к единому реестру предоставляется ФОМС, территориальным фондам обязательного медицинского страхования, страховым медицинским организациям (ч. 7 Методических указаний «О порядке ведения реестров экспертов качества медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования»).

---

<sup>187</sup> Российская газета. 2011. № 20.

14–15) осуществление проверки достоверности информации, предоставленной субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования, проверки соблюдения требований к порядку и условиям ее предоставления, получения и использования и обеспечение защиты сведений, составляющих информацию ограниченного доступа, что коррелирует положениям Федерального закона от 27.07.2006 № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации»<sup>188</sup>, положениям КоАП РФ (ст. 13.11, 13.14, 13.19 и др.), ст. 946 ГК РФ, ст. 85 ТК РФ и др;

16) осуществление международного сотрудничества по вопросам обязательного медицинского страхования (см. также Устав Федерального фонда, приказ ФОМС от 07.05.2008 № 100 «Об утверждении Положения об организации международного сотрудничества по вопросам обязательного медицинского страхования»<sup>189</sup>).

Под понятие «международное сотрудничество» подпадает осуществление ФОМС прямых связей с соответствующими органами других государств и международными организациями, сотрудничество с ними, разработка соглашений и договоров с зарубежными партнерами по вопросам в указанной сфере, участие в организации и проведении переговоров с зарубежными партнерами ФОМС по осуществлению всех форм международного сотрудничества; организация участия представителей ФОМС в международных мероприятиях; переписка с организациями зарубежных стран, посольствами Российской Федерации за рубежом и посольствами иностранных государств в Российской Федерации по вопросам международного сотрудничества ФОМС и т.п.

ФОМС взаимодействует в установленном порядке с соответствующими структурами государств — участников СНГ и других стран и ведет с ними официальную деловую переписку по вопро-

---

<sup>188</sup> СЗ РФ. 2006. № 31 (1 ч.). Ст. 3448.

<sup>189</sup> Документ опубликован не был.

сам деятельности системы обязательного медицинского страхования.

Согласно информации, размещенной на сайте ФОМС<sup>190</sup>, в 2010 году ФОМС (Управление правовой и международной деятельности) была организована командировка сотрудников Фонда в Швецию (г. Стокгольм) с целью ознакомления с системой здравоохранения и социального страхования Швеции (декабрь 2010 года). В рамках данной командировки были изучены вопросы законодательной власти, государственного управления на местах, организации системы здравоохранения, ее финансовое обеспечение, организации службы здравоохранения, медицинских технологий и первичной медицинской помощи.

В начале 2011 года ФОМС принял участие в Российском страховом форуме Института Адама Смита «Стратегии успеха на многообещающем рынке», на котором рассматривались, в том числе: долгосрочные стратегии в развитии системы пенсионных накоплений и страхования жизни; оптимизация сегментов корпоративного страхования и страхование ответственности.

В соответствии с п. 21 Устава ФОМС определяет формы участия ТФОМС в мероприятиях по международному сотрудничеству и анализирует эту работу. При этом самостоятельная деятельность по вопросам международного сотрудничества территориальными фондами не осуществляется;

17) подготовка и переподготовка кадрового состава, в том числе за пределами территории Российской Федерации, для Федерального фонда и территориальных фондов в целях осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

Подготовка и переподготовка кадрового состава, повышение квалификации<sup>191</sup> является мощным фактором изменения соци-

---

<sup>190</sup> <<http://ora.ffoms.ru/portal/page/portal/top/about/general/activity/international/Международное%20сотрудничество>>.

<sup>191</sup> К повышению квалификации относится любое обучение, направленное на совершенствование и развитие знаний, умений и навыков какого-либо конкретного типа деятельности; Под переподготовкой понимается получение нового специального образования с целью оперативного обеспечения кад-

альных условий, экономических и научно-технических преобразований любой организации.

Согласно нормам трудового законодательства (ст. 196 ТК РФ) в случаях, предусмотренных федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, работодатель обязан проводить повышение квалификации работников, если это является условием выполнения работниками определенных видов деятельности. Следует отметить, что профессиональная подготовка, переподготовка и повышение квалификации одновременно является еще и правом работника (ст. 21 ТК РФ). Согласно ч. 5 ст. 196 ТК РФ работодатель обязан создавать работникам необходимые условия для совмещения труда с обучением. Работники проходят переподготовку (переобучение) с отрывом и без отрыва от работы и в тех же формах, которые используются при их подготовке (ст. 202 ТК). Направление работника на повышение квалификации или профессиональную переподготовку осуществляется на основании приказа руководителя. Если обучение производится с отрывом от работы, то согласно ст. 187 ТК РФ за работником сохраняется место работы (должность) и средняя заработная плата по основному месту работы (ст. 139 ТК РФ, Положение об особенностях порядка исчисления средней заработной платы, утвержденное постановлением Правительства РФ от 24.12.2007 № 922).

В зависимости от экономических возможностей и целесообразной необходимости в подготовке, повышении квалификации и переподготовке кадров руководители организаций могут создавать в установленном порядке учебные центры, определять общую потребность в квалифицированных кадрах, могут заключать договоры с образовательными учреждениями на проведение мероприятий по подготовке специалистов.

На основании ст. 63 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, порядок переподготов-

---

рами новейших направлений научно-технического и социального прогресса, а также перемещение кадров из устаревших сфер деятельности в современные.

ки, совершенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников, получения ими квалификационных категорий определяется федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения совместно с профессиональными медицинскими и фармацевтическими организациями.

В силу Порядка совершенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников, утвержденного приказом Минздравсоцразвития РФ от 09.12.2008 № 705н<sup>192</sup> и Порядка получения квалификационных категорий, утвержденного приказом Минздрава РФ от 09.08.2001 № 314<sup>193</sup> становится очевидным, что организацию совершенствования профессиональных знаний (профессиональной переподготовки и повышения квалификации) медицинских и фармацевтических работников следует рассматривать как важное звено механизма государственного контроля в системе непрерывного образования специалистов.

Профессиональная переподготовка и повышение квалификации специалистов проводятся при наступлении очередного пятилетнего срока дополнительного профессионального образования. Вышеизложенное подтверждает посыл обязательности повышения квалификации медицинских и фармацевтических работников.

При получении медицинским работником квалификационной категории оцениваются его профессиональная квалификация, компетентность, а также способность выполнять служебные обязанности в соответствии с занимаемой должностью. Указанное касается специалистов с высшим и средним профессиональным образованием, работающих в системе здравоохранения Российской Федерации. Квалификация специалиста определяется по трем квалификационным категориям: второй, первой и выс-

---

<sup>192</sup> Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. 2009. № 13.

<sup>193</sup> Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. 2001. № 36.

шей. Специалист может получить квалификационную категорию по специальностям, соответствующим как основной, так и совмещаемой должностям.

Профессиональная подготовка работников с медицинским и фармацевтическим образованием регламентируется в соответствии с квалификационными требованиями, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 07.07.2009 № 415н «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения»<sup>194</sup>. Обязательным является требование о повышении квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности.

Видами профессиональной подготовки являются интернатура / ординатура. Федеральным законом от 22.08.1996 № 125-ФЗ «О высшем и послевузовском профессиональном образовании»<sup>195</sup> предусмотрено, что для допуска к медицинской деятельности лица, освоившие образовательные программы высшего медицинского образования, должны пройти первичную годичную интернатуру (п. 7 ст. 6 Закона № 125-ФЗ; письмо Минздравсоцразвития России от 17.06.2010 № 16-3/10/2-5048<sup>196</sup>).

Порядок прохождения интернатуры определен в Приказе Минздрава СССР от 20.01.1982 № 44 «О мерах по дальнейшему улучшению подготовки врачебных кадров в интернатуре» (вместе с Положениями «Об одногодичной специализации (интернатуре) выпускников лечебных, педиатрических и стоматологических факультетов медицинских институтов и медицинских факультетов университетов»<sup>197</sup>), «О центральном методическом

---

<sup>194</sup> Российская газета. 2009. № 158. Указанный приказ также распространяется и на специалистов с высшим профессиональным образованием, имеющих стаж работы менее 5 лет.

<sup>195</sup> СЗ РФ. 1996. № 35. Ст. 4135.

<sup>196</sup> Документ опубликован не был.

<sup>197</sup> Обязательная форма последипломной подготовки выпускников лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов медицинских институтов и медицинских факультетов университетов, по окончании которой врачам-интернам присваивается квалификация врача-специалиста.

кабинете по специализации и усовершенствованию врачей и провизоров министерства здравоохранения»<sup>198</sup>). После прохождения интернатуры специалисты могут замещать в учреждениях здравоохранения врачебные и провизорские должности, соответствующие Номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 23.04.2009 № 210н<sup>199</sup>.

Специалисты, желающие дальше развивать свой профессиональный уровень, продолжают обучение в клинической ординатуре<sup>200</sup>, порядок обучения в которой предусмотрен в Положении о клинической ординатуре, утвержденной приказом Минздрава РФ от 17.02.1993 № 23<sup>201</sup>. Срок обучения в клинической ординатуре засчитывается в трудовой стаж врача; лица, окончившие подготовку в клинической ординатуре, получают удостоверение к диплому о базовом высшем медицинском образовании установленного образца; врачи, окончившие интернатуру или ординатуру, получают, кроме того, сертификат специалиста, предусмотренный ст. 54 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, утвержденных Верховным Советом РФ 22.07.1993 № 5487-1. Сертификат выдается после сдачи сертификационного экзамена (письмо Минздравсоцразвития России от 17.06.2010 № 16-3/10/2-5048<sup>202</sup>) и подтверждается каждые 5 лет путем прохождения повышения квалификации (не менее 144 часов). При допуске к медицинской деятельности обязательно предоставляется свидетельство о повышении квалификации, на основании которого был выдан сертификат.

Порядок совершенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников врачами-специа-

---

<sup>198</sup> Документ опубликован не был.

<sup>199</sup> Российская газета. 2009. № 104. 2009.

<sup>200</sup> Основной задачей обучения в клинической ординатуре является подготовка высококвалифицированных специалистов для их самостоятельной работы в органах и учреждениях здравоохранения или в порядке частной практики.

<sup>201</sup> Бюллетень нормативных актов министерств и ведомств РФ. 1993. № 6. 1993.

<sup>202</sup> Документ опубликован не был.



листами установлен Приказом Минздравсоцразвития России от 09.12.2008 № 705н<sup>203</sup> и предполагает получение дополнительных знаний, умений и практических навыков, необходимых для осуществления самостоятельной профессиональной деятельности и выполнение нового вида профессиональной деятельности.

Профессиональная переподготовка и повышение квалификации специалистов проводятся образовательными учреждениями высшего и дополнительного профессионального образования, имеющими государственную аккредитацию, по образовательным программам, учитывающим имеющийся по всем разделам специальности уровень знаний, умений, практических навыков и результаты вступительных испытаний. Вступительные испытания являются обязательными. Профессиональная переподготовка и повышение квалификации специалистов проводятся с отрывом от работы, без отрыва от работы, с частичным отрывом от работы и по индивидуальным формам обучения при наступлении очередного пятилетнего срока дополнительного профессионального образования.

При повышении квалификации и переподготовке специалистов может быть предусмотрена стажировка (п. 7 Порядка совершенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников, утвержденного приказом Минздравсоцразвития РФ от 09.12.2008 № 705н), основной целью которой является формирование и закрепление на практике профессиональных знаний, умений и навыков, полученных в результате теоретической подготовки, изучение передового опыта, приобретение профессиональных и организаторских навыков для выполнения обязанностей по занимаемой или более высокой должности.

Для специалистов, имеющих стаж работы по специальности 10 лет и более, обучение проводится по образовательным программам повышения квалификации. Нормативный срок прохож-

---

<sup>203</sup> Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. 2009. № 13.

## Глава 6

дения повышения квалификации при любой форме обучения составляет от 100 до 500 часов аудиторных занятий. Для специалистов, имеющих стаж работы по специальности от 5 до 10 лет, обучение проводится по образовательным программам профессиональной переподготовки. Нормативный срок прохождения профессиональной переподготовки при любой форме обучения составляет свыше 500 часов аудиторных занятий.

Для специалистов, имеющих стаж работы менее 5 лет, профессиональная подготовка организуется в соответствии с квалификационными требованиями, утвержденными Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 07.07.2009 № 415н «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения»<sup>204</sup>.

Специалисты, освоившие образовательные программы повышения квалификации и профессиональной переподготовки, могут продолжать замещать в учреждениях здравоохранения врачебные и провизорские должности, соответствующие Номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации, утвержденной Приказом Минздравсоцразвития России от 23.04.2009 № 210н.

Порядок повышения квалификации специалистов территориальных фондов обязательного медицинского страхования устанавливается «Положением о порядке организации повышения квалификации специалистов территориальных фондов обязательного медицинского страхования, осуществляемой Федеральным фондом обязательного медицинского страхования», утвержденным приказом ФОМС от 11.01.2011 № 1, согласно перечню основных категорий обучения, обеспечивающему унифицированный подход к планированию, учету и контролю повышения квалификации кадров территориальных фондов, определенному «Методическими рекомендациями по определению

---

<sup>204</sup> Российская газета. 2009. № 158.

потребности в постдипломной подготовке специалистов территориальных фондов ОМС», утвержденными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24.06.2002 № 33.

ФОМС организует повышение квалификации и специалистов территориальных фондов обязательного медицинского страхования (приказ ФОМС от 11.01.2011 № 1 «Об утверждении Положения «О порядке организации повышения квалификации специалистов территориальных фондов обязательного медицинского страхования, осуществляемой Федеральным фондом обязательного медицинского страхования», проводимое не реже одного раза в 3 года, если иное не установлено соответствующими нормативными правовыми документами ФОМС и ТФОМС (п. 1.4). Повышение квалификации специалистов ТФОМС осуществляется в соответствии с ежегодно утверждаемым председателем ФОМС Планом повышения квалификации специалистов территориальных фондов обязательного медицинского страхования (п. 1.5). Размещение заказов на оказание услуг, предоставляемых ФОМС в области повышения квалификации специалистов ТФОМС, осуществляется путем проведения торгов в пределах предметной статьи расходов бюджета ФОМС на соответствующий финансовый год. Проведение торгов осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 21.07.2005 № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд»<sup>205</sup>.

Повышение квалификации государственных служащих регламентируется постановлением Правительства РФ от 06.05.2008 № 362 «Об утверждении государственных требований к профессиональной переподготовке, повышению квалификации и стажировке государственных гражданских служащих Российской Федерации»<sup>206</sup>.

---

<sup>205</sup> СЗ РФ. 2005. № 30 (ч. 1). ст. 3105.

<sup>206</sup> СЗ РФ. 2008. № 19. Ст. 2194.

Считаем целесообразным отметить необходимость редакционной корректировки полномочия ФОМС, предусмотренного подп. 11 п. 8 Устава Фонда в части его более точного соответствия с полномочием, предусмотренным п. 17 ч. 8 ст. 33 комментируемого Закона; в Уставе речь идет «об организации в установленном порядке подготовки кадров», законодательно же предусмотрено полномочие «по осуществлению подготовки, переподготовки и повышение квалификации кадров»;

18) организация научно-исследовательских работ в области обязательного медицинского страхования определяется актуальными проблемами медицинского страхования граждан в Российской Федерации, а также текущей потребностью в сопровождении социальных программ и приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, переходом на одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования, осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 21.07.2005 № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд», Уставом Федерального фонда, приказами ФОМС от 23.01.2007 № 12 «О деятельности Методического совета по координации и экспертной поддержке организации научно-исследовательских работ и подготовки специалистов для системы обязательного медицинского страхования при Федеральном фонде обязательного медицинского страхования»<sup>207</sup>, от 18.06.2008 № 131 «Об утверждении Положения об организации научно-исследовательских работ в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования»<sup>208</sup>, от 12.03.2008 № 52 «О Комиссии по приемке научной продукции, созданной в результате выполнения государственных контрактов, заключенных ФОМС в 2008 году»<sup>209</sup>, от 11.02.2008 № 25 «Об утверждении Положения о порядке ведения договорной работы

---

<sup>207</sup> Документ опубликован не был.

<sup>208</sup> Документ опубликован не был.

<sup>209</sup> Документ опубликован не был.

в ФОМС»<sup>210</sup>, от 28.05.2008 № 114 «Об утверждении Положения о порядке организации работы по размещению заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных нужд и нужд ФОМС»<sup>211</sup> и др.

Приоритетными направлениями научных исследований являются:

- научное обоснование и разработка перспективных направлений развития обязательного медицинского страхования в Российской Федерации;
- разработка персонифицированного учета объемов и качества оказания медицинской помощи;
- разработка и совершенствование правовых, организационных, финансово-экономических механизмов управления системой обязательного медицинского страхования;
- разработка и совершенствование механизмов реализации социальных программ и приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения.

Размещение заказов на право заключения государственных контрактов на выполнение прикладных научно-исследовательских работ в области обязательного медицинского страхования для нужд ФОМС осуществляется путем проведения открытого конкурса.

В рамках правовой деятельности ФОМС осуществляет внесение в установленном порядке предложений по совершенствованию законодательных и иных нормативных правовых актов по вопросам обязательного медицинского страхования; изучение и обобщение практики применения нормативных правовых актов по вопросам обязательного медицинского страхования; изучение материалов, поступающих из территориальных фондов обязательного медицинского страхования по ведению судебных дел судов общей юрисдикции и арбитражных судов с участием фондов обязательного медицинского страхования.

---

<sup>210</sup> Документ опубликован не был.

<sup>211</sup> Документ опубликован не был.

## Статья 34. Правовое положение, полномочия и органы управления территориального фонда

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

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

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

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

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

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

7. Территориальный фонд осуществляет следующие полномочия страховщика:

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

2) аккумулирует средства обязательного медицинского страхования и управляет ими, осуществляет финансовое обеспечение реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации, формирует и использует резервы для обеспечения финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования в порядке, установленном Федеральным фондом;

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

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

5) начисляет в соответствии со статьей 25 настоящего Федерального закона недоимку по страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения, штрафы и пени и взыскивает их со страхователей для неработающих граждан в порядке, аналогичном порядку, установленному статьей 18 Федерального закона от 24 июля 2009 года № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования»;

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

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

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

9) ведет территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

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

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

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

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

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

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

16) ведет региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц;

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



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

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

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

Частью 1 рассматриваемой статьи определено, что реализация государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации осуществляется Территориальным фондом обязательного медицин-

ского страхования (далее — ТФОМС субъекта РФ (п. 3 Типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования, утвержденного приказом Минздравсоцразвития РФ от 21.01.2011 № 15н<sup>212</sup>), осуществляющим отдельные полномочия страховщика в части реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования в соответствии с комментируемым законом (ч. 2 ст. 13 комментируемого Закона).

Территориальный фонд осуществляет свою деятельность в соответствии с Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, нормативными правовыми актами федерального органа исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, нормативными правовыми актами субъекта Российской Федерации.

К числу законодательной базы, регламентирующей вопросы деятельности ТФОМС субъекта РФ, следует отнести, помимо комментируемого Закона, Гражданский кодекс Российской Федерации, Бюджетный кодекс Российской Федерации, Трудовой кодекс Российской Федерации, Федеральный закон от 16.07.1999 № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования», Приказ Минздравсоцразвития РФ от 21.01.2011 № 15н «Об утверждении Типового положения о Территориальном фонде обязательного медицинского страхования»<sup>213</sup>, нормативные правовые акты субъектов Российской Федерации: уставы субъектов РФ, уставы субъектов РФ, Закон Белгородской области от 30.12.2010 № 10 «О бюджете Белгородского территориального фонда обязательного медицинского страхования на 2011 год»<sup>214</sup>,

---

<sup>212</sup> Российская газета. 2011. № 29.

<sup>213</sup> Российская газета. 2011. № 29.

<sup>214</sup> Белгородские известия. 2011. № 1–5.

Закон Воронежской области от 15.11.2010 № 110-ОЗ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Воронежской области на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годов»<sup>215</sup>, постановление Администрации Воронежской обл. от 28.01.2005 № 58 «Об обязательном медицинском страховании граждан» (вместе с «Правилами обязательного медицинского страхования граждан на территории Воронежской области»)<sup>216</sup>, Закон Калужской области от 11.01.2011 № 89-ОЗ «О бюджете Калужского областного фонда обязательного медицинского страхования на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годов»<sup>217</sup>, постановление Законодательного Собрания Калужской области от 13.05.1999 № 655 «О Положении о Калужском областном фонде обязательного медицинского страхования»<sup>218</sup>, Закон Липецкой области от 09.12.2010 № 447-ОЗ «О бюджете областного фонда обязательного медицинского страхования на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годов», постановление администрации Липецкой области от 04.02.2004 № 16 «О территориальных правилах обязательного медицинского страхования граждан»<sup>219</sup> и др.

Несмотря на поэтапное вступление в силу Закона № 326-ФЗ, следует отметить, что многие субъекты РФ не торопятся приводить свои нормативные правовые акты в соответствие с новым федеральным законодательством, что делает их потенциально противоречивыми.

В настоящее время в Российской Федерации создано 84 ТФОМС субъекта Российской Федерации для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования как составной части государственного социального страхования.

---

<sup>215</sup> Молодой коммунаар. 2010. № 129.

<sup>216</sup> Коммуна. 2005. № 18.

<sup>217</sup> Весть. 2011. № 15–16.

<sup>218</sup> Весть. 1999. № 111–112.

<sup>219</sup> Липецкая газета. 2010. № 239.

В силу подп. «а» п. 2 ч. 3 ст. 6, ч. 1 ст. 13 комментируемого Закона и положений приказа Минздравсоцразвития РФ от 21.01.2011 № 15н «Об утверждении Типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования» (далее — приказ № 115) территориальные фонды являются юридическими лицами, некоммерческими организациями, созданными субъектами РФ для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территориях субъектов; могут создавать филиалы и представительства (ч. 4 ст. 13 комментируемого Закона).

ТФОМС субъекта РФ осуществляют отдельные полномочия страховщика в части реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы. В своей деятельности территориальный орган подчинен высшему исполнительному органу субъекта и ФОМС (ч. 6 комментируемой статьи).

Имущество территориального фонда, приобретенное за счет средств обязательного медицинского страхования, является государственной собственностью субъекта Российской Федерации и используется территориальным фондом на праве оперативного управления (ч. 3 комментируемого закона и п. 16 приказа № 15н «Об утверждении Типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования») К средствам бюджетов субъектов Российской Федерации, передаваемых бюджету ТФОМС относятся:

- платежи субъекта Российской Федерации на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования в соответствии с комментируемым законом;

- платежи субъекта Российской Федерации на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, в соответствии с комментируемым законом (см. также постановление Правительства РФ от 04.10.2010 № 782 «О Программе государственных гарантий ока-

зания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год»);

– межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта Российской Федерации, в случаях, установленных законом субъекта Российской Федерации;

– иные источники, предусмотренные законодательством Российской Федерации (Приказ Минздравсоцразвития РФ от 21.01.2011 № 15н «Об утверждении Типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования»).

Вопросам управления и правления ТФОМС субъекта РФ посвящены ч. 4 и 5 комментируемой статьи и раздел V приказа № 15н.

Управление ТФОМС субъекта РФ осуществляется директором, назначаемым на должность и освобождаемым от нее высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации по согласованию с Федеральным фондом.

Директор ТФОМС субъекта РФ организует и осуществляет общее руководство текущей деятельностью территориального фонда, несет персональную ответственность за ее результаты, подотчетен правлению территориального фонда.

Директор территориального фонда:

– 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 Российской Федерации предельную численность, фонд оплаты труда, структуру территориального фонда;

– по согласованию с правлением территориального фонда утверждает в пределах установленной предельной численности и фонда оплаты труда штатное расписание территориального фонда;

– утверждает положения о структурных подразделениях, должностные инструкции работников территориального фонда;

## Глава 6

– издает приказы, распоряжения административно-хозяйственного и организационно-распорядительного характера, дает указания по вопросам деятельности территориального фонда, обязательные для исполнения всеми работниками территориального фонда;

– назначает на должность и освобождает от должности работников территориального фонда в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации;

– привлекает работников территориального фонда к дисциплинарной ответственности в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации;

– представляет в установленном порядке особо отличившихся работников территориального фонда к присвоению почетных званий и награждению государственными наградами Российской Федерации и ведомственными наградами и т.п.

Правление ТФОМС субъекта РФ является коллегиальным органом, определяющим основные направления деятельности территориального фонда и осуществляющим текущий контроль за его деятельностью, а также иные полномочия в соответствии с федеральными законами и принимаемыми в соответствии с ними законами субъектов Российской Федерации.

Состав правления ТФОМС субъекта РФ утверждается высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации.

Правление ТФОМС субъекта не вправе осуществлять административно-хозяйственные и организационно-распорядительные функции.

В целом правовое положение и полномочия ТФОМС субъекта РФ аналогичны полномочиям ФОМС на уровне страны, но с определенными особенностями.

Непосредственно полномочиям ТФОМС субъекта РФ посвящена ч. 7 комментируемого закона (см. также Приказ № 15н) в перечень которых входит:

1) участие в разработке территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и определении тарифов на оплату медицинской

помощи на территории субъекта Российской Федерации, что коррелирует положением Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год, утвержденной Постановлением Правительства РФ от 04.10.2010 № 782, согласно которой органы государственной власти субъектов Российской Федерации разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи на 2011 год.

Территориальная программа обязательного медицинского страхования включает в себя виды и условия оказания медицинской помощи, перечень страховых случаев, установленные базовой программой обязательного медицинского страхования.

Тариф на оплату медицинской помощи устанавливается соглашением между уполномоченным региональным органом, ТФОМС субъекта РФ, представителями медицинских и страховых организаций, профессиональных медицинских ассоциаций, профсоюзов медработников.

В рамках территориальных программ за счет бюджетных ассигнований областного и муниципального бюджетов и средств обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение медицинской помощи гражданам при постановке их на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу по контракту, поступлении в военные образовательные учреждения профессионального образования, призыве на военные сборы за исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной службе.

Например, постановлением Правительства Воронежской области от 25.02.2010 № 128 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2010 год на территории Воронежской области»<sup>220</sup> указано, что за счет средств обязательного медицинского страхования в соответствии с базовой

---

<sup>220</sup> Молодой коммунар. 2010. № 23. (Опубликован без приложения.)

программой обязательного медицинского страхования застрахованным гражданам в медицинских учреждениях и иных медицинских организациях, входящих в систему ОМС Воронежской области, предоставляется первичная медико-санитарная, неотложная и специализированная (за исключением высокотехнологичной) медицинская помощь, предусматривающая в том числе обеспечение необходимыми лекарственными средствами в соответствии с законодательством Российской Федерации (п. 3.1, 3.2).

Законом Калужской области от 11.01.2011 № 88-ОЗ «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим в Калужской области, бесплатной медицинской помощи на 2011 год»<sup>221</sup> также установлено, что данная Программа, включающая в себя территориальную программу обязательного медицинского страхования, определяет виды и условия оказания медицинской помощи, нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, а также предусматривает условия оказания, критерии качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой гражданам Российской Федерации, проживающим в Калужской области, на территории Калужской области бесплатно, а также критерии эффективности использования ресурсов здравоохранения.

2) аккумуляция финансовых средств на обязательное медицинское страхование для обеспечения финансовой стабильности государственной системы обязательного медицинского страхования и выравнивание финансовых ресурсов на его проведение.

Расходование средств ТФОМС осуществляется исключительно на цели, определенные законодательством, регламентирующим его деятельность, в соответствии с бюджетом субъекта РФ;

3) получение от органа, осуществляющего контроль за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное медицинское

---

<sup>221</sup> Весть. 2011. № 15–16.



страхование, необходимую информацию для осуществления обязательного медицинского страхования.

В силу п. 1 ст. 3 Федерального закона от 24.07.2009 № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования» (Закона № 212-ФЗ) в отношении страховых взносов на обязательное медицинское страхование, уплачиваемых в фонды обязательного медицинского страхования, контроль за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты осуществляет Пенсионный фонд Российской Федерации.

На основании ч. 3 ст. 3 Закона № 212-ФЗ Пенсионный фонд Российской Федерации и его территориальные органы осуществляют обмен необходимой информацией соответственно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и территориальными фондами обязательного медицинского страхования в электронной форме в порядке, определяемом соглашениями об информационном обмене (Соглашение об информационном обмене между Пенсионным фондом Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, утвержденное ПФР № АД-30-32/09сог, ФОМС № 6547/20-1 31.12.2010).

Соответственно, ТФОМС субъекта РФ получает из территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации необходимую информацию для осуществления обязательного медицинского страхования.

Обмен сведениями на региональном уровне осуществляется в электронном виде, в том числе по каналам связи сети Интернет с обеспечением требований законодательства Российской Федерации по защите информации, а при необходимости — на бумажном носителе, и регулируется протоколом информационного обмена между Сторонами, включающим порядок, регламент, периодичность, состав, структуру и форматы информации, передаваемой в соответствии с настоящим Соглашением;

4) администрирование доходов бюджета ФОМС, поступающих от уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, регистрация и снятие с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан (см. также п. 8.4 приказа № 15н);

Согласно ст. 6 БК РФ администраторами доходов являются органы государственной власти, органы местного самоуправления, органы управления государственных внебюджетных фондов, ЦБ РФ, а также бюджетные учреждения, созданные органами государственной власти и органами местного самоуправления, осуществляющие в соответствии с законодательством Российской Федерации контроль за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты, начисление, учет, взыскание и принятие решений о возврате (зачете) излишне уплаченных (взысканных) платежей, пеней и штрафов по ним, являющихся доходами бюджетов бюджетной системы Российской Федерации.

В силу п. 2 ст. 20 БК РФ перечень и коды главных администраторов доходов бюджета, закрепляемые за ними виды (подвиды) доходов бюджета утверждаются законом (решением) о соответствующем бюджете;

5) в соответствии со статьей 25 комментируемого закона ТФОМС субъекта РФ наделен полномочиями взимать недоимку по страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения, штрафы и пени и взыскивает их со страхователей для неработающих граждан в порядке, аналогичном порядку, установленному ст. 18 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования» (более подробно см. комментарий к п. 4 ч. 8 ст. 33 комментируемого Закона);

6) утверждение для страховых медицинских организаций дифференцированных подушевых нормативов в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования

(п. 8.6 приказа 15н). Так, в соответствии с приказом Минздравсоцразвития от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»<sup>222</sup> дифференцированные подушевые нормативы предназначены для определения размера финансовых средств для финансирования страховых медицинских организаций, в расчете на одно застрахованное лицо, с учетом различия в затратах на оказание медицинской помощи отдельным группам застрахованных лиц в зависимости от пола, возраста и места жительства в субъекте Российской Федерации (п. 152 приказа № 158н).

ТФОМС финансирует страховую медицинскую организацию на основании договора о финансовом обеспечении со страховой медицинской организацией (п. 189 приказа № 158н). Дифференцированные подушевые нормативы рассчитываются с учетом различия в затратах на оказание медицинской помощи отдельным группам застрахованных лиц в зависимости от пола, возраста и места жительства в субъекте Российской Федерации (п. 154 приказа № 158н). Полученные от ТФОМС субъекта РФ по дифференцированным подушевым нормативам платежи по обязательному медицинскому страхованию страховая медицинская организация использует на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках территориальной программы, формирование резервов, на оплату расходов на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию

Расчет объемов финансирования страховых медицинских организаций по дифференцированным подушевым нормативам осуществляется территориальным фондом ежемесячно и утверждается директором территориального фонда (п. 114 приказа № 158н).

Например, в постановлении администрации Липецкой области от 09.03.2010 № 49 «Об утверждении Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Феде-

---

<sup>222</sup> Российская газета. 2011. № 47 (опубликован без Правил обязательного медицинского страхования).

рации на территории Липецкой области бесплатной медицинской помощи на 2010 год»<sup>223</sup> определено, что подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической помощи — способ оплаты амбулаторно-поликлинической помощи, рассчитанный исходя из норматива объемов медицинской помощи и стоимости единицы медицинской помощи на одного застрахованного прикрепленного жителя в рамках территориальной программы. Постановлением Администрации Ивановской области от 14.05.2004 № 54-па «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования граждан на территории Ивановской области»<sup>224</sup> регламентировано, что дифференцированные подушевые нормативы устанавливают в рублях размеры финансовых средств, предназначенных для финансирования страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование в Ивановской области, в расчете на одного застрахованного. Дифференцированные подушевые нормативы предусматривают различия в затратах на оказание медицинской помощи отдельным группам населения в зависимости от пола, возраста и иных экономико-демографических показателей. Расчет дифференцированных подушевых нормативов осуществляет государственное некоммерческое финансово-кредитное учреждение Территориальный фонд обязательного медицинского страхования по Ивановской области;

7, 8) за причинение вреда здоровью застрахованного лица, в целях возмещения расходов в пределах суммы, затраченной на оказание медицинской помощи застрахованному лицу ТФОМС вправе как предъявлять иски к юридическим и физическим лицам, ответственным за причинение вреда здоровью застрахованного лица, так и предъявлять претензии и (или) иски к медицинской организации о возмещении имущественного или морального вреда, причиненного застрахованному лицу (п. 10, 11 ч. 7 ст. 34 Закона, ст. 48 ГК РФ).

---

<sup>223</sup> Липецкая газета. 2010. № 63.

<sup>224</sup> Собрание законодательства Ивановской области. 2004. № 10(244).

Согласно общему правилу основанием для предъявления претензий или иска по возмещению вреда (ущерба) является акт результатов проведения экспертизы качества медицинской помощи, оформленный соответствующим актом (ст. 31 комментируемого Закона, п. 60 приказа Минздравсоцразвития РФ № 230). Согласно ст. 1068 ГК РФ юридическое лицо либо гражданин возмещает вред (ущерб), причиненный его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей.

Ответственность за вред (ущерб) наступает в случае наличия причинно — следственной связи между деяниями (действием либо бездействием) юридических и физических лиц, ответственных за причинение вреда здоровью застрахованного лица и наступившими последствиями у застрахованного лица. Согласно ст. 1064 ГК РФ вред (ущерб), причиненный застрахованному лицу, подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред (ущерб);

9) ведение ТФОМС субъекта РФ территориального реестра экспертов качества медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

В силу положений приказа ФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»<sup>225</sup> территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи содержит сведения об экспертах качества медицинской помощи, осуществляющих экспертизу качества медицинской помощи в рамках контроля в субъекте Российской Федерации, и является сегментом единого реестра экспертов качества медицинской помощи.

Экспертизу качества медицинской помощи в соответствии с ч. 7 ст. 40 комментируемого Закона осуществляет эксперт качества медицинской помощи, являющийся врачом-специалистом,

---

<sup>225</sup> Российская газета. 2011. № 20.

## Глава 6

имеющим высшее профессиональное образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет, и прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования и включенный в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи (п. 84 приказа ФОМС от 01.12.2010 № 230).

Эксперт качества медицинской помощи проводит экспертизу качества медицинской помощи по своей основной медицинской специальности, определенной дипломом, свидетельством об аккредитации специалиста или сертификатом специалиста; не привлекается к экспертизе качества медицинской помощи в медицинской организации, с которой он состоит в трудовых или иных договорных отношениях, и обязан отказаться от проведения экспертизы качества медицинской помощи в случаях, когда пациент является (являлся) его родственником или больным, в лечении которого эксперт качества медицинской помощи принимал участие.

Контроль осуществляется по инициативе ФОМС, территориального фонда и страховых медицинских организаций; контроль в отношении страховых медицинских организаций осуществляется по инициативе территориального фонда.

Ведение территориального реестра экспертов качества медицинской помощи осуществляется ТФОМС субъекта РФ на основе единых организационных, методологических и программно-технических принципов, предусмотренных приказом ФОМС от 17.02.2011 № 822/30-5/и «О направлении Методических указаний». Согласно Методическим указаниям «О порядке ведения реестров экспертов качества медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования» территориальный реестр являет собой поименный список врачей-специалистов, имеющих высшее профессиональное образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет, прошедших подготовку по вопросам экспертной деятельности в

сфере обязательного медицинского страхования. Территориальный фонд обязан поддерживать территориальный реестр в актуальном состоянии. За несвоевременную верификацию информации об экспертах качества медицинской помощи ответственность несет директор территориального фонда.

Включение сведений об экспертах медицинской помощи в территориальный реестр осуществляется территориальным фондом на основании:

а) ходатайства:

- органа управления здравоохранением субъекта РФ;
- Управления Росздравнадзора по субъекту РФ;
- медицинской организации;
- профессиональной медицинской ассоциации;
- общественного объединения специалистов медицинского

профиля;

- страховой медицинской организации;

б) заявления врача-специалиста.

Перечень документов, прилагаемых к ходатайству и заявления врача-специалиста, определен Методическими указаниями. Решение о включении эксперта качества медицинской помощи в территориальный реестр принимается директором территориального фонда или уполномоченным им лицом из числа заместителей директора.

Статус эксперта качества медицинской помощи врач-специалист приобретает с момента внесения в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи.

Информация, включенная в территориальный реестр, фиксируется на бумажном носителе и с использованием электронной базы данных.

Сведения, включенные в электронную базу данных территориального реестра, по письменному обращению могут быть предоставлены:

- органу управления здравоохранением субъекта РФ;
- Управлению Росздравнадзора по субъекту РФ;
- медицинским организациям;
- правоохранительным органам;

- обществам защиты прав потребителей;
- независимым экспертным организациям;
- профессиональным медицинским ассоциациям;
- общественным объединениям специалистов медицинского профиля.

Как уже указывалось ранее, большинство нормативных правовых актов субъектов РФ не соответствует новому законодательству об обязательном медицинском страховании, так, например, распоряжение Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга от 04.10.2007 № 505-р «О Регламенте формирования и ведения регистра экспертов качества медицинской помощи Санкт-Петербурга»<sup>226</sup>, согласно которому экспертами качества медицинской помощи, включенными в регистр, являются высококвалифицированные врачи, имеющие, в частности, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 7 лет и продолжение занятий практической медицинской деятельностью по данной специальности и т.п.);

10) ведение реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации и реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации (ст. 14, 15 комментируемого Закона).

Порядком ведения реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, предусмотренным приказом Минздравсоцразвития России от 03.03.2011 № 158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования», определено, что ведением реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, занимается ТФОМС субъекта РФ (п. 70).

---

<sup>226</sup> Документ опубликован не был.



Реестры страховых медицинских организаций субъекта Российской Федерации являются сегментами единого реестра страховых медицинских организаций. В свою очередь, ведение единого реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Российской Федерации осуществляется ФОМС.

Реестр страховых медицинских организаций содержит следующие сведения:

- код субъекта Российской Федерации по ОКАТО, где расположена страховая медицинская организация;
- код страховой медицинской организации в кодировке единого реестра страховых медицинских организаций;
- код причины постановки на учет налогоплательщика;
- идентификационный номер налогоплательщика (ИНН);
- полное и краткое наименование страховой медицинской организации в соответствии с ЕГРЮЛ;
- адрес (место) нахождения страховой медицинской организации;
- адрес (место) нахождения обособленного подразделения (филиала) страховой медицинской организации на территории субъекта Российской Федерации;
- организационно-правовая форма страховой медицинской организации;
- фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон и факс руководителя, адрес электронной почты;
- фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон и факс, адрес электронной почты руководителя обособленного подразделения (филиала) страховой медицинской организации на территории субъекта Российской Федерации;
- сведения о лицензии (номер, дата выдачи и окончания срока действия);
- признак подчиненности страховой медицинской организации: 1-головная организация; 2- обособленное подразделение (филиал);
- дата включения страховой медицинской организации в реестр страховых медицинских организаций;

## Глава 6

- дата исключения страховой медицинской организации из реестра страховых медицинских организаций;
- причина исключения страховой медицинской организации из реестра страховых медицинских организаций;
- численность застрахованных лиц в страховой медицинской организации, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, на дату подачи уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования (далее — уведомление).

Исключение страховой медицинской организации из реестра страховых медицинских организаций осуществляется в случаях:

- приостановления либо прекращения действия лицензии;
- ликвидации страховой медицинской организации;
- по заявлению об исключении из реестра страховых медицинских организаций, участвующих в сфере обязательного медицинского страхования

ФОМС, в свою очередь, обеспечивает размещение на своем официальном сайте в сети Интернет единого реестра медицинских организаций. ТФОМС субъекта РФ обеспечивает предоставление в ФОМС изменений, внесенных в реестр страховых медицинских организаций, в день внесения данных изменений;

11) сбор и обработка данных персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам медицинской организацией в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В силу ч. 3 ст. 44 комментируемого Федерального закона персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах ведется в форме единого регистра застрахованных лиц, являющегося совокупностью его центрального и региональных сегментов, содержащих сведения о застрахованных лицах (см. также приказ Минздравсоцразвития РФ от 25.01.2011 № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обяза-

тельного медицинского страхования»<sup>227</sup>, «Информатизация здоровья. Состав данных сводного регистра застрахованных граждан для электронного обмена этими данными. Общие требования. ГОСТ Р 52979-2008», утвержденная приказом Ростехрегулирования от 13.10.2008 № 242-ст<sup>228</sup>).

Страховая медицинская организация и ТФОМС субъекта РФ приказами определяют работников, допущенных к работе с региональным сегментом единого регистра застрахованных лиц, и соблюдают требования законодательства Российской Федерации по защите персональных данных (п. 1 ст. 4 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»<sup>229</sup>).

При внесении сведений о застрахованном лице в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц страховая медицинская организация обеспечивает достоверность и корректность вносимых сведений и осуществляет проверки, позволяющие предотвратить появление в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц дублирующих записей.

В целях актуализации регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц и внесения сведений о застрахованных лицах в него страховая медицинская организация формирует и передает информационные файлы с изменениями сведений о застрахованных лицах в территориальный фонд по мере необходимости, но не реже 1 раза в день при наличии изменений в сведениях о застрахованных лицах, в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

В файлы с изменениями включаются все вновь введенные и измененные с момента последней отправки сведения о застрахованных лицах. ТФОМС субъекта РФ обеспечивает круглосуточный режим приема и обработки файлов с изменениями, поступивших от страховых медицинских организаций.

---

<sup>227</sup> Российская газета. 2011. № 29.

<sup>228</sup> Документ опубликован не был.

<sup>229</sup> СЗ РФ. 2006. № 31 (1 ч.). Ст. 3451.

Обмен данными между страховыми медицинскими организациями, территориальными фондами и Федеральным фондом в целях ведения персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах осуществляется в электронном виде по выделенным или открытым каналам связи, включая Интернет, с использованием электронной цифровой подписи в соответствии с установленным законодательством Российской Федерации требованиями по защите персональных данных.

ТФОМС субъекта РФ в течение 2 рабочих дней на основании регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц осуществляет автоматизированную обработку полученных от медицинских организаций сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам. В течение 15 рабочих дней со дня получения сведений о застрахованном лице ТФОМС субъекта РФ вносит их в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц (ст. 49 комментируемого Закона);

12) осуществление контроля за целевым и рациональным использованием средств обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями, в том числе проводит проверки и ревизии (п. 8.11, 8.12 Приказа Минздравсоцразвития РФ от 21.01.2011 № 15н «Об утверждении Типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования», Временный порядок финансового взаимодействия и расходования средств в системе обязательного медицинского страхования граждан, утвержденный ФОМС от 05.04.2001 № 1518/21-1 по согласованию с Минздравом России от 06.04.2001 № 2510/3586-01-34 и Минфином России от 27.04.2001 № 12-03-14<sup>230</sup>).

Под рациональным использованием финансовых средств в системе обязательного медицинского страхования понимается такое их использование, которое обеспечивает достижение заданных результатов с использованием наименьшего объема

---

<sup>230</sup> Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. 2001. № 27.

средств или достижение наилучшего результата с использованием указанных средств.

Проверки осуществляются в соответствии с планом работы контрольно-ревизионного отдела, утвержденным руководителем ТФОМС субъекта РФ, либо во внеплановом порядке на основании информации о нарушении в использовании средств обязательного медицинского страхования, либо по результатам анализа данных отчетности, по представлению ФОМС и государственных органов управления, а также по иным основаниям.

При выявлении случаев нецелевого и нерационального использовании средств обязательного медицинского страхования страховая медицинская организация возвращает ТФОМС использованные не по назначению средства и уплачивает штраф в за счет собственных средств штраф в размере 10 процентов от суммы средств, использованных не по целевому назначению в течение 10 рабочих дней со дня предъявления требования территориальным фондом (ч. 11, 12 ст. 38 комментируемого Закона<sup>231</sup>).

В случае отказа в восстановлении средств ТФОМС субъекта Российской Федерации информируют органы исполнительной власти и прокуратуру соответствующего субъекта Федерации о неисполнении действующего в системе обязательного медицинского страхования законодательства;

13) осуществление подготовки и переподготовки кадрового состава для осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

Указанное полномочие ТФОМС коррелирует одноименному полномочию ТФОМС, предусмотренному Типовым положением о территориальном фонде обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Минздравсоцразвития РФ от 21.01.2011 № 15н (подп. 8.18 п. 8 Устава).

---

<sup>231</sup> В силу ч. 2 ст. 53 комментируемого Закона ч. 11 и 12 ст. 38 Закона вступят в силу с 1 января 2012 года.

В соответствии с квалификационными требованиями, утвержденными Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 07.07.2009 № 415н «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения» специалисты, окончившие интернатуру или (и) ординатуру по профессиональной специальности: «Организация здравоохранения и общественное здоровье» или профессиональную переподготовку по специальности: «Организация здравоохранения общественное здоровье», предусмотрено повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности, подтверждение сертификата специалиста один раз в пять лет.

Порядок повышения квалификации специалистов территориальных фондов обязательного медицинского страхования устанавливается «Положением о порядке организации повышения квалификации специалистов территориальных фондов обязательного медицинского страхования, осуществляемой Федеральным фондом обязательного медицинского страхования», утвержденным приказом ФОМС от 11.01.2011 № 1, согласно перечню основных категорий обучения, обеспечивающему унифицированный подход к планированию, учету и контролю повышения квалификации кадров территориальных фондов, определенному «Методическими рекомендациями по определению потребности в постдипломной подготовке специалистов территориальных фондов ОМС», утвержденными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24.06.2002 № 33.

Повышение квалификации специалистов территориальных фондов осуществляется в соответствии с ежегодно утверждаемым председателем ФОМС Планом повышения квалификации специалистов территориальных фондов обязательного медицинского страхования. Тематика для организации повышения квалификации специалистов территориальных фондов в очередном году предлагается подразделениями ФОМС, рассматривается и реко-

мендуется к использованию при размещении заказа на оказание услуг по повышению квалификации специалистов территориальных фондов Методическим советом Федерального фонда. Размещение заказов на оказание услуг, предоставляемых Федеральному фонду в области повышения квалификации специалистов территориальных фондов, осуществляется путем проведения торгов в пределах предметной статьи расходов бюджета Федерального фонда на соответствующий финансовый год. Проведение торгов осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 21.07.2005 г. № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд».

По результатам проведения торгов заключаются государственные контракты с победителями в каждом лоте. На основании заключенных государственных контрактов формируется раздел Плана «Финансирование за счет средств ФОМС». Раздел Плана «Финансирование за счет средств ТФОМС» формируется по заявкам участников торгов, допущенных к участию в торгах. Так, например, в соответствии с утвержденным ФОМС Планом повышения квалификации специалистов системы ОМС на 2010 год учебное мероприятие по повышению квалификации руководителей и специалистов контрольно-ревизионных служб ТФОМС и их филиалов проводило Федеральное государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Финансовая академия при Правительстве Российской Федерации» с финансированием ФОМС (письмо ФОМС № 3364/60-2/и).

В целях совершенствования порядка организации и финансового обеспечения повышения квалификации специалистов территориальных фондов обязательного медицинского страхования приказом ФОМС от 11.01.2011 № 1 «Об утверждении Положения «О порядке организации повышения квалификации специалистов территориальных фондов обязательного медицинского страхования, осуществляемой Федеральным фондом обязательного медицинского страхования» определено,

что ФОМС организует повышение квалификации специалистов территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Повышение квалификации специалистов ТФОМС проводится не реже одного раза в 3 года, если иное не установлено соответствующими нормативными правовыми документами ФОМС и ТФОМС (п. 1.4 приказа ФОМС от 11.01.2011 № 1, приказ ФОМС от 24.06.2002 № 33 «Об утверждении Методических рекомендаций по определению потребности в постдипломной подготовке специалистов территориальных фондов ОМС»). Повышение квалификации специалистов ТФОМС осуществляется в соответствии с ежегодно утверждаемым председателем ФОМС Планом повышения квалификации специалистов территориальных фондов обязательного медицинского страхования (п. 1.5 приказа ФОМС от 11.01.2011 № 1).

Тематика для организации повышения квалификации специалистов ТФОМС в очередном году предлагается подразделениями ФОМС, рассматривается и рекомендуется к использованию при размещении заказа на оказание услуг по повышению квалификации специалистов ТФОМС Методическим советом ФОМС.

Размещение заказов на оказание услуг, предоставляемых ФОМС в области повышения квалификации специалистов ТФОМС, осуществляется путем проведения торгов в пределах предметной статьи расходов бюджета ФОМС на соответствующий финансовый год. Проведение торгов осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 21.07.2005 № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд». По результатам проведения торгов заключаются государственные контракты с победителями в каждом лоте. На основании заключенных государственных контрактов формируется раздел Плана «Финансирование за счет средств ФОМС». Раздел Плана «Финансирование за счет средств ТФОМС» формируется по заявкам участников торгов, допущенных к участию в торгах.



В целях обоснования численности работников территориальных фондов и их филиалов, рациональной организации работ, оптимизации структуры и уровня расходов на содержание аппарата управления территориальные фонды руководствуются Методическими рекомендациями по расчету нормативов численности работников территориальных фондов обязательного медицинского страхования и их филиалов по основным функциям, утвержденными приказом ФОМС от 14.04.2010 № 74<sup>232</sup>.

Частями 8 и 9 комментируемой статьи определено, что расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам при возникновении страхового случая за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис, осуществляют территориальные фонды, также законодательно предусмотрен и алгоритм осуществления расчетов между ТФОМС субъекта РФ по месту оказания медицинской помощи и ТФОМС субъекта РФ, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования.

Непосредственно порядок осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, определен IX разделом Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсцоразвития России от 28.02.2011 № 158н.

Оказание медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис, осуществляется при наступлении страхового случая, медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по видам, включаемым в базовую программу.

ТФОМС субъекта РФ осуществляет расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами терри-

---

<sup>232</sup> Документ опубликован не был.

тории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис, в объеме, установленном базовой программой за счет средств нормированного страхового запаса ТФОМС субъекта РФ.

ТФОМС субъекта РФ по месту оказания медицинской помощи осуществляет оплату медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями застрахованным лицам, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, по действующим на территории оказания медицинской помощи тарифам и способам оплаты медицинской помощи на дату завершения случая оказания медицинской помощи, за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда не позднее 25 дней с даты представления счета медицинской организацией с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

ТФОМС субъекта РФ по месту страхования за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда осуществляет возмещение средств, израсходованных ТФОМС субъекта РФ по месту оказания медицинской помощи, по действующим на территории оказания медицинской помощи тарифам и способам оплаты медицинской помощи на дату завершения случая оказания медицинской помощи не позднее 25 дней с даты получения счета, предъявленного ТФОМС по месту оказания медицинской помощи.

ТФОМС субъектов РФ по месту оказания медицинской помощи и по месту страхования осуществляют контроль объемов, качества, сроков и стоимости оказанной медицинской помощи (достоверности тарифов) путем организации проведения медико-экономического контроля (МЭК), медико-экономической экспертизы (МЭЭ) и экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП). Результаты экспертиз оформляются соответственно актом МЭЭ и/или актом ЭКМП. Акты МЭЭ и ЭКМП заверяются подписью эксперта и руководителя медицинской организации (см. ст. 40 комментируемого Закона).

Медицинская организация, работающая в системе обязательного медицинского страхования и оказавшая медицинскую помощь, формирует и направляет в ТФОМС субъекта РФ по месту оказания медицинской помощи реестр счета и счет на оплату в течение 10 дней месяца, следующего за месяцем завершения случая оказания медицинской помощи.

ТФОМС субъекта РФ по месту оказания медицинской помощи в течение 25 дней проводит медико-экономический контроль предъявленного медицинской организацией реестра счета и осуществляет оплату оказанной медицинской помощи, а ТФОМС по месту страхования в течение 25 дней от даты получения реестра счета осуществляет его оплату оказанной медицинской помощи. При наличии причин, требующих дополнительного рассмотрения отдельных позиций реестра счета, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования по месту оказания медицинской помощи проводит МЭЭ и/или ЭКМП.

Проведение межтерриториальных расчетов возможно на основе взаимозачетов с оформлением акта о согласовании проведения взаимозачета по финансовым расчетам между ТФОМС субъекта РФ по месту оказания медицинской помощи и ТФОМС субъекта РФ по месту страхования за медицинскую помощь, оказанную гражданам Российской Федерации вне территории страхования

Не подлежит межтерриториальным расчетам медицинская помощь по видам, не входящим в базовую программу, а также суммы дополнительного страхового обеспечения к базовой программе, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации.

Обмен данными при осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис, производится в электронном виде в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25.01.2011 № 29н «Об утверждении порядка

## Глава 6

ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования»<sup>233</sup>.

Споры, возникающие между территориальными фондами обязательного медицинского страхования при осуществлении межтерриториальных расчетов, разрешаются судами в соответствии с их компетенцией.

---

<sup>233</sup> Российская газета. 2011. № 29.

# Глава 7

## Программы обязательного медицинского страхования

### Статья 35. Базовая программа обязательного медицинского страхования

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

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

3. В базовой программе обязательного медицинского страхования устанавливаются требования к условиям оказания медицинской помощи, нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, нормативы финансового обеспечения базовой про-

граммы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо, а также расчет коэффициента удорожания базовой программы обязательного медицинского страхования.

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

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

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

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

2) новообразования;

3) болезни эндокринной системы;

4) расстройства питания и нарушения обмена веществ;

5) болезни нервной системы;

6) болезни крови, кроветворных органов;

7) отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;

8) болезни глаза и его придаточного аппарата;

9) болезни уха и сосцевидного отростка;

10) болезни системы кровообращения;

11) болезни органов дыхания;

12) болезни органов пищеварения;

13) болезни мочеполовой системы;

14) болезни кожи и подкожной клетчатки;

15) болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;

16) травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;

17) врожденные аномалии (пороки развития);

18) деформации и хромосомные нарушения;

- 19) беременность, роды, послеродовой период и аборт;
- 20) отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

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

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

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

1. Комментируемая статья согласно ч. 2 ст. 53 Федерального закона вступает в силу с 1 января 2012 г.

Базовая программа обязательного медицинского страхования является составным элементом программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Программа государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью

имеет важное значение при характеристике права граждан на бесплатную медицинскую помощь<sup>235</sup>. Следует заметить, что к решению о том, что объем бесплатной медицинской помощи будет зависеть от единственной программы, законодатель пришел не сразу. В первоначальной редакции ст. 20 Основ указывалось, что «гарантированный объем бесплатной медицинской помощи гражданам обеспечивается в соответствии с программами обязательного медицинского страхования». В соответствии с Федеральным законом от 2.12.2000 №139-ФЗ «О внесении изменений и дополнения в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» ч. 4 ст. 20 была изложена в следующей редакции: «Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с программами государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.» Статьей 35 Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов власти субъектов Российской Федерации» и «Об об-

---

<sup>235</sup> Правовой статус федеральной Программы неоднократно пересматривался в части определения действия норм во времени. Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.09.1998 № 1096 «Об утверждении Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью» предусматривался ежегодный пересмотр Программы. Постановлением Правительства Российской Федерации от 29 ноября 2000 г. № 907 «О Программе государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью I абз. 4 в разделе I «Общие положения» постановления № 1096. Тем самым нормы Программы приобрели бессрочный характер. Однако постановлением Правительства Российской Федерации от 26.11.2004 № 690 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2005 год» ранее действовавшие Программы были признаны утратившими силу, и вновь введена практика ежегодного пересмотра нормативов оказания гражданам бесплатной медицинской помощи каждый год.



щих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» вместо множества программ появилась одна.

Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи занимает особое место в системе государственных гарантий бесплатности медицинской помощи и в механизме реализации основных прав граждан в сфере охраны здоровья. Определение объемов и видов медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно (в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования и за счет средств бюджетов всех уровней, нормативы объемов медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования) в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, является одним из важнейших полномочий Правительства Российской Федерации по созданию условий для реализации гражданами права на бесплатную медицинскую помощь.

Федеральным законом от 29.12.2006 № 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий» Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан были дополнены статьей 20.1 «Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи», и тем самым статус подобных программ был возведен на законодательный уровень.

Этим же законом в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан была введена ст. 37.2 «Финансовое обеспечение медицинской помощи и деятельности медицинских организаций», согласно которой оказание медицинской помощи финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования, а также средств бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации в соответствии с Программой государственных гарантий оказа-

ния гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

В условиях, когда правовые нормы о базовой программе обязательного медицинского страхования (ст. 22 Закона Российской Федерации «О медицинском страховании граждан Российской Федерации») отличались заметной устарелостью и не могли быть реализованы в современных российских условиях, приоритетное значения для правового регулирования отношений в обязательном медицинском страховании с использованием программ имели, несомненно, нормы Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Федеральным законом от 18.10.2007 № 230-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий» были скорректированы важнейшие юридически значимые параметры программы в части: определения видов, нормативов объема медицинской помощи, нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевых нормативов финансирования, порядка и структуры формирования тарифов на медицинскую помощь, условий оказания медицинской помощи, критериев качества и доступности медицинской помощи.

Правительство Российской Федерации согласно Основам не только утверждает Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, но и ежегодно рассматривает доклад о ее реализации. С учетом того что базовая программа обязательного медицинского страхования — это не самостоятельный документ, а составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в ежегодный доклад о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи должны быть включены данные о реализации и базовой программы.

2–3. Комментируемая статья уточняет содержание базовой программы обязательного медицинского страхования, соблюдая

тот подход, который установлен к Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Если Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи направлена на определение видов, нормативов объема медицинской помощи, нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевых нормативов финансирования, порядка и структуры формирования тарифов на медицинскую помощь, условий оказания медицинской помощи, критериев качества и доступности медицинской помощи, то базовая программа обязательного медицинского страхования определяет виды медицинской помощи, перечень страховых случаев, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации за счет средств обязательного медицинского страхования, а также критерии доступности и качества медицинской помощи.

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

**4.** Часть 4 комментируемой статьи закрепляет корреляцию между страховым обеспечением в рамках базовой программой обязательного медицинского страхования и стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи. Согласно предписаниям эти стандарты и порядки должны быть установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. В действующей базовой программе подобные нормы не предусмотрены.

Однако ст. 5 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан к полномочиям федеральных органов государственной власти в области охраны здоровья граждан относит полномочия по установлению стандартов медицинской помощи, стандартов оснащения организаций здравоохранения медицинским оборудованием и других федеральных стандартов в сфере здравоохранения, ст. 37<sup>1</sup> Основ в сфере ведения федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, закрепляет установление стандартов и порядка оказания медицинской помощи.

В настоящее время принято более 30 различных порядков оказания медицинской помощи, например, приказ Минздравсоцразвития РФ от 29.12.2010 № 1224н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом в Российской Федерации»<sup>236</sup>, приказ Минздравсоцразвития РФ от 24.12.2010 № 1183н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению Российской Федерации при заболеваниях терапевтического профиля»<sup>237</sup> и др.

Что касается стандартов медицинской помощи, то их разработка должна осуществляться согласно приказу Минздравсоцразвития РФ от 11.08.2008 № 410н «Об организации в Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации работы по разработке порядков оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартов медицинской помощи»<sup>238</sup>. Разработка стандартов и их применение при оказании медицинской помощи является одним из важнейших направлений реализации принципа обязательного медицинского страхования, связанного с обеспечением качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования (ст. 4 комментируемого Закона).

---

<sup>236</sup> Российская газета. 2011. № 29.

<sup>237</sup> По данным СПС «КонсультантПлюс» документ не был опубликован.

<sup>238</sup> Российская газета. 2008. № 213.

Согласно ст. 6 Основ органы государственной власти субъекта Российской Федерации имеют право установления региональных стандартов медицинской помощи на уровне не ниже федеральных стандартов медицинской помощи и осуществления контроля за их соблюдением. Так, Департаментом здравоохранения г. Москвы 21.07.2005 утверждены Стандарты медикаментозного лечения основных заболеваний в амбулаторно-поликлинических учреждениях препаратами, включенными в перечень лекарственных средств и изделий медицинского назначения, отпускаемых по рецептам врачей бесплатно или со скидкой в городе Москве<sup>239</sup>, приказ Минздрава Московской области от 10.10.2008 № 614 «Об установлении медико-экономических стандартов при оказании медицинской помощи в условиях стационара при заболеваниях и некоторых состояниях в педиатрической службе»<sup>240</sup>, приказ Минздрава Московской области от 13.10.2008 № 616 «Об установлении медико-экономических стандартов при оказании стационарной акушерской и гинекологической медицинской помощи»<sup>241</sup>, распоряжение Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга от 05.10.2010 № 499-р «Об утверждении предварительных медико-экономических стандартов»<sup>242</sup> и др.

В период с 2004 г. Минздравсоцразвития Российской Федерации разработано более 600 стандартов медицинской помощи, например, приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 № 230 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным острым инфарктом миокарда»<sup>243</sup>, приказ Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2007 № 811 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с другими болезнями печени (при оказании специализированной помощи)» и др. Данные акты признаются как

---

<sup>239</sup> Не опубликованы.

<sup>240</sup> Нормативные документы в фармации и здравоохранении. № 12. Декабрь 2008.

<sup>241</sup> Нормативные документы в фармации и здравоохранении. № 1. Январь 2009.

<sup>242</sup> Не был опубликован.

<sup>243</sup> Здравоохранение. 2005. № 3.

не имеющие нормативной природы, не проходят регистрацию в Минюсте Российской Федерации и не подлежат официальному опубликованию.

5. Часть 5 комментируемой статьи устанавливает норму, направленную на обеспечение реализации важнейших конституционных прав и принципов. Во-первых, права граждан на бесплатную медицинскую помощь (ст. 41 Конституции Российской Федерации), во-вторых, принципа равенства прав граждан независимо от места жительства (ч. 2 ст. 19 Конституции Российской Федерации). Содержание закрепленных законодательно прав граждан на бесплатное получение медицинской помощи с использованием механизма обязательного медицинского страхования получает конкретизацию в базовой программе обязательного медицинского страхования и, следовательно, эта конкретизация не может быть поставлена в зависимость от обстоятельств, перечисленных в ч. 2 ст. 19 Конституции Российской Федерации.

6–8. Анализ действующей Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 4.10.2010 № 782<sup>244</sup> показывает, что структура этого документа должна будет претерпеть существенную трансформацию с тем, чтобы были исполнены предписания комментируемой статьи.

Так, на уровень законодательного регулирования были перенесены предписания актов Правительства Российской Федерации, касающиеся видов и случаев медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

Что касается видов медицинской помощи, то необходимо отметить следующее: нормы комментируемого закона в первичную медико-санитарную помощь включили профилактическую помощь. Данный подход в более развернутом виде (в первичную медико-санитарную помощь включены: медицинская профилак-

---

<sup>244</sup> СЗ РФ. 2010. № 41 (2 ч.). Ст. 5239.

тика заболеваний, профилактические прививки и профилактические осмотры, санитарно-гигиеническое просвещение граждан и др.) представлен и в постановлении Правительства Российской Федерации от 04.10.2010 № 782.

Что касается скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) и специализированной медицинской помощи, то они также будут финансироваться за счет обязательного медицинского страхования во всех случаях.

В отношении перечня заболеваний и состояний, медицинская помощь при которых финансируется за счет обязательного медицинского страхования, изменений не произошло (инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита; новообразования; болезней эндокринной системы; расстройства питания и нарушения обмена веществ; болезней нервной системы; болезней крови, кроветворных органов; отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм; болезней глаза и его придаточного аппарата; болезней уха и сосцевидного отростка; болезней системы кровообращения; болезней органов дыхания; болезней органов пищеварения; болезней мочеполовой системы; болезней кожи и подкожной клетчатки; болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани; травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин; врожденных аномалий (пороки развития); деформаций и хромосомных нарушений; беременности, родов, послеродового периода и аборт; отдельных состояний, возникающих у детей в перинатальный период). Однако действующей в 2011 году Программой предусмотрена возможность финансирования в рамках базовой программы медицинской помощи в санаториях, но комментируемая статья этот вид медицинской помощи не указывает.

В то же время перечень видов помощи в рамках базовой программы на уровне комментируемого федерального закона нельзя считать закрытым, поскольку Правительству Российской

Федерации предоставлено право при утверждении базовой программы обязательного медицинского страхования устанавливать дополнительный перечень заболеваний и состояний, включаемых в базовую программу обязательного медицинского страхования.

7. Часть 7 комментируемой статьи закрепляет законодательно установленные требования к структуре тарифа на оплату медицинской помощи. Действующей Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год также установлено, что включается в тариф: 1) расходы на заработную плату; 2) начисления на оплату труда; 3) приобретение медикаментов и перевязочных средств; 4) приобретение продуктов питания; 5) приобретение мягкого инвентаря; 6) приобретение медицинского инструментария, реактивов и химикатов, стекла, химпосуды и прочих материальных запасов; 7) расходы по оплате стоимости лабораторных и инструментальных исследований, производимых в других учреждениях; 8) расходы по оплате организации питания предприятиями общественного питания; 9) расходы по оплате организации питания; 10) иные расходы в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации при условии выполнения ряда требований, установленных Программой.

Комментируемый Закон дополняет начисления на оплату труда еще и прочими выплатами, вместо медикаментов и перевязочных средств предусматривает приобретение лекарственных средств и расходных материалов. В структуру расходов дополнительно включены: расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

9. В соответствии с ч. 9 комментируемой статьи базовая программа обязательного медицинского страхования должна уста-



навливать требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования.

На уровне законодательного регулирования в настоящее время установлены отдельные параметры территориальных программ преимущественно общего характера. В частности, в Основах указано, что в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи органы государственной власти субъектов Российской Федерации утверждают территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, включающие в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования. Территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи могут определять дополнительные условия, виды и объемы оказания медицинской помощи.

Согласно действующей Программе государственных гарантий обеспечения гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи установлены требования к территориальным программам. Территориальная программа должна включать в себя:

- перечень 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;

- условия оказания медицинской помощи, в том числе сроки ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке;

- порядок реализации установленного законодательством Российской Федерации права внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в учреждениях здравоохранения субъекта Российской Федерации и муниципальных образований;

- перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, необходи-

мых для оказания стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи (в случае создания службы неотложной медицинской помощи);

перечень 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;

перечень медицинских учреждений и других медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы, в том числе территориальной программы обязательного медицинского страхования;

государственное (муниципальное) задание медицинским учреждениям и другим медицинским организациям, участвующим в реализации территориальной программы.

Порядок и условия оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы, в которой определяются, в том числе нормативы обеспеченности населения врачебными кадрами по видам медицинской помощи, устанавливаются нормативными правовыми актами органа государственной власти субъекта Российской Федерации в соответствии с законодательством Российской Федерации и Программой.

Согласно ч. 4 ст. 51 комментируемого Закона с 1 января 2011 г. по 31 декабря 2012 г. территориальная Программа обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации может включать в себя оказание медицинской помощи при отдельных заболеваниях и состояниях здоровья, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, без соблюдения условия выполнения нормативов, установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, при сохранении объема финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования не ниже уровня 2010 г., в том числе в

пределах базовой программы обязательного медицинского страхования. Дополнительные основания, виды и условия оказания медицинской помощи, перечень страховых случаев, а также связанные с ними объемы страхового обеспечения утверждаются территориальной программой обязательного медицинского страхования отдельно от установленных оснований, видов, условий оказания медицинской помощи, перечня страховых случаев, объемов соответствующего страхового обеспечения базовой программой обязательного медицинского страхования.

Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования с 1 января 2013 г. Порядок передачи бюджетных ассигнований бюджетов бюджетной системы Российской Федерации в бюджеты фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) устанавливается федеральным законом, определяющим размер тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

### **Статья 36. Территориальная программа обязательного медицинского страхования**

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

**2. Территориальная программа обязательного медицинского страхования включает в себя виды и условия оказания медицинской помощи, перечень страховых случаев, установленные базовой программой обязательного медицинского страхования, и опреде-**

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

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

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

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

6. Территориальная программа обязательного медицинского страхования в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования определяет на территории субъекта Российской Федерации способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому

кому страхованию, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, содержит реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, определяет условия оказания медицинской помощи в них, а также целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи.

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

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

9. Для разработки проекта территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации создается комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, в состав которой входят представители органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориального фонда, страховых медицинских организаций и медицинских организаций, представители профессиональных союзов или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятель-

ность на территории субъекта Российской Федерации, на паритетных началах. Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования формируется и осуществляет свою деятельность в соответствии с положением, являющимся приложением к правилам обязательного медицинского страхования.

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

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

1. Согласно ч. 2 ст. 53 комментируемого Федерального закона ст. 36 вступает в силу с 1 января 2012 г.

Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (ст. 6) к полномочиям органов государственной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан отнесены разработка, утверждение и реализация территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, включающей в себя программу обязательного медицинского страхования.

Территориальные программы субъектов Российской Федерации согласно ст. 20.1 Основ должны соответствовать Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Основы применительно к субъектам правотворческой инициативы содержат лишь одно указание — органы государственной власти субъектов Российской Федерации. Таким образом, в этот перечень попадают органы как исполнительной, так и законодательной власти. Такое положение соответствует сложившемуся разграничению полномочий, вследствие которого субъекты Российской Федерации вправе сами с учетом положений федерального законодательства определять как структуру собственных органов власти, так и систему нормативного правового регулирования.

Частью 1 комментируемой статьи еще раз подтверждено это правило и указано, что территориальная программа обязательного медицинского страхования утверждается в порядке, установленном законодательством субъекта Российской Федерации.

В то же время в иных структурных единицах комментируемой статьи установлены четкие и императивные требования к нормативному правовому регулированию отношений по обязательному медицинскому страхованию в субъектах Российской Федерации. Так, согласно ч. 11 комментируемой статьи размер бюджетных ассигнований на реализацию территориальной программы обязательного медицинского страхования устанавливается в особом нормативном правовом акте — законе о бюджете территориального фонда.

Часть 9 комментируемой статьи, не указывая, какой орган должен принимать территориальную программу<sup>245</sup> и какую форму должен иметь соответствующий нормативный правовой акт, тем не менее, устанавливает требования к процессу разработки территориальной программы. Во-первых, проект не может быть разработан в соответствии со сложившимися в субъектах Российской Федерации общими правилами разработки проектов норма-

---

<sup>245</sup> Не содержит каких-либо указаний на этот счет и ст. 6 комментируемого Федерального закона.

тивных правовых актов. Для разработки проекта территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации должна быть создана комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Комментируемым Федеральным законом установлены:

1) требования к составу этой комиссии: представители органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, представители территориального фонда, представители страховых медицинских организаций и медицинских организаций, представители профессиональных союзов или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации.

2) требование к соотношению представительства указанных организаций — на паритетных началах, то есть основанное на принципе равного представительства сторон.

3) легитимность деятельности комиссии (а соответствующего ей акта), которая согласно комментируемой статье будет обеспечена лишь в том случае, если в субъекте Российской Федерации будет разработано специальное положение о формировании и деятельности комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования. Субъекты Российской Федерации также ограничены в выборе вариантов нормативного правового статуса соответствующего документа, поскольку ч. 11 комментируемой статьи однозначно установлено: положение является приложением к правилам обязательного медицинского страхования.

Таким образом, с учетом того, что комментируемый Федеральный закон предусматривает только одни правила обязательного медицинского страхования и относит принятие этих правил к компетенции уполномоченного федерального органа исполнительной власти (ст. 7), в утверждаемых на федеральном уровне правилах обязательного медицинского страхования должно быть особое приложение (буквальное толкование текста закона требует, чтобы это было именно приложение, а не просто структурная



единица в виде пункта или раздела), именуемое «Положение о Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования».

Персональный состав комиссии, как это следует из правотворческой практики, может утверждаться правовым актом субъекта Российской Федерации, в том числе и актом, не являющимся нормативным. В Правилах обязательного медицинского страхования, утвержденных Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н имеется несколько упоминаний о Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, но требуемая система норм, определяющая ее правовой статус, отсутствует.

В настоящее время не только субъекты Российской Федерации утверждают территориальные программы, подобные программы принимаются и на муниципальном уровне (например, постановление Исполнительного комитета Аксубаевского муниципального района от 09.04.2009 № 72 «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Аксубаевского муниципального района Республики Татарстан на 2009 год». постановление Администрация города Белокурихи от 02.07.2010 № 837 «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам г. Белокурихи бесплатной медицинской помощи в 2010 году»<sup>246</sup>).

На уровне субъектов Российской Федерации территориальные программы утверждаются:

1) законом субъекта Федерации (Закон Калужской области от 11.01.2011 № 88-ОЗ «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим в Калужской области, бесплатной медицинской помощи на 2011 год», Закон Краснодарского края от 07.12.2010 № 2129-КЗ

---

<sup>246</sup> СПС «КонсультантПлюс».

«О Территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Краснодарском крае на 2011 год», Закон Кемеровской области от 14.12.2010 № 141-ОЗ «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Кемеровской области на 2011 год», Закон Рязанской области от 24.12.2010 № 160-ОЗ «Об утверждении «Территориальной программы государственных гарантий оказания населению Рязанской области бесплатной медицинской помощи на 2011 год»);

2) постановлениями губернатора (постановление Губернатора от 24 января 2011 г. № 23 «О Программе государственных гарантий оказания населению Владимирской области бесплатной медицинской помощи на 2011 год»);

3) постановлениями представительных (законодательных) органов субъекта Федерации (постановление Законодательного Собрания Вологодской области от 24.11.2010 № 736 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Вологодской области на 2011 год»);

4) наиболее распространенной практикой является принятие территориальных программ правительством или администрацией субъекта Федерации (постановление Правительства Республики Алтай от 14.12.2010 № 297 «О Территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Республики Алтай бесплатной медицинской помощи на 2011 год», постановление Администрации Брянской области от 29.12.2009 № 1505 «О территориальной программе государственных гарантий оказания населению Брянской области бесплатной медицинской помощи на 2010 год», Постановление Правительства Омской области от 26.01.2011 № 7-п «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим на территории Омской области, бесплатной медицинской помощи на 2011 год» и многие другие).

Во всех случаях принятые документы имеют форму нормативного правового акта и обязательны для исполнения на соответствующей территории и в определенный период времени.

2–5. Части 2–3 комментируемой статьи конкретизируют требования к территориальной программе обязательного медицинского страхования в части ее состава (виды и условия оказания медицинской помощи, перечень страховых случаев, установленные базовой программой обязательного медицинского страхования, значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо и норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо). При этом допускается, что норматив финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования может превышать установленный базовой программой обязательного медицинского страхования норматив финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования. Это возможно лишь в двух случаях: 1) установление дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, уже установленным базовой программой обязательного медицинского страхования; 2) установление дополнительного перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи, превышающих аналогичные параметры, установленные базовой программой обязательного медицинского страхования.

Частью 4 комментируемой статьи установлено, что в обоих из вышеуказанных случаях финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования в случаях осуществляется за счет платежей субъектов Российской Федерации. При этом в бюджет территориального фонда уплачивается сумма, равная разнице между нормативом финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования и нормативом финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования с

учетом численности застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации. Плательщиком выступает субъект Российской Федерации.

Частью 5 комментируемой статьи установлены особые требования для ситуации, когда в территориальной программе предусмотрен дополнительный объем страхового обеспечения по страховым случаям, уже установленным базовой программой обязательного медицинского страхования. В этом случае в территориальной программе обязательного медицинского страхования должен быть специально предусмотрен перечень направлений использования средств обязательного медицинского страхования.

Заметим, что по официальным данным<sup>247</sup>, еще до принятия комментируемого закона субъекты Российской Федерации стали включать в территориальные программы обязательного медицинского страхования виды медицинской помощи, ранее финансируемые из средств бюджетов всех уровней, оплату медицинской помощи по социально значимым заболеваниям, расширили статьи расходов в тарифе по оплате медицинской помощи. В ряде субъектов Российской Федерации скорая медицинская помощь, медицинская помощь, оказываемая в условиях санаториев, социально значимые заболевания и скорая специализированная (санитарно-авиационная) медицинская помощь оплачиваются через систему обязательного медицинского страхования. Сверх 5-ти статей по базовой программе обязательного медицинского страхования оплачивались услуги связи, транспортные услуги, коммунальные услуги, работы и услуги по содержанию имущества и т.д.

**6.** Частью 6 комментируемой статьи предписано, что территориальная программа обязательного медицинского страхования определяет на территории субъекта Российской Федерации: 1) способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застра-

---

<sup>247</sup> См. Аналитический вестник № 15 «Законодательные аспекты модернизации системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации» (по материалам круглого стола, состоявшегося в Государственной Думе Федерального Собрания Российской Федерации 30 июня 2010 года). 2010.

хованным лицам по обязательному медицинскому страхованию; 2) структуру тарифа на оплату медицинской помощи; 3) реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования; 4) условия оказания медицинской помощи в них; 5) целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи.

Многие из установленных требований традиционно включают в территориальные программы. Так, согласно постановлению Правительства Российской Федерации от 04.10.2010 № 782 территориальная программа должна включать в себя перечень 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;

условия оказания медицинской помощи, в том числе сроки ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке;

порядок реализации установленного законодательством Российской Федерации права внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в учреждениях здравоохранения субъекта Российской Федерации и муниципальных образований;

перечни жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, необходимых для оказания стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи (в случае создания службы неотложной медицинской помощи);

перечень 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;

перечень медицинских учреждений и других медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы, в том числе территориальной программы обязательного медицинского страхования;

государственное (муниципальное) задание медицинским учреждениям и другим медицинским организациям, участвующим в реализации территориальной программы.

В Программе на 2011 г. указывалось, что порядок и условия оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы устанавливаются нормативными правовыми актами органа государственной власти субъекта Российской Федерации в соответствии с законодательством Российской Федерации и Программой. В условия оказания медицинской помощи на уровне территориальных программ должны быть включены сроки ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке (постановление Правительства Российской Федерации № 782).

Однако анализ постановления Правительства Российской Федерации № 782 свидетельствует, что, раскрывая условия оказания медицинской помощи, в Программе идет речь об организациях, где может быть предоставлен тот или иной вид медицинской помощи, категории медицинских работников, предоставляющих медицинскую помощь, то есть условия оказания медицинской помощи рассматриваются как основания для ее оказания. Однако данный подход не является единственно используемым. Так, например, в постановлении Правительства РФ от 01.09.2005 № 546 «Об утверждении Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации» в качестве одного из условий оказания медицинской помощи названо предоставление иностранными гражданами необходимой медицинской документации (выписки из истории болезни, данные клинических, рентгенологических, лабораторных и других исследований), гарантийного обязательства по оплате фактической стоимости медицинской помощи и предоплаты лечения в предполагаемом объеме. Тем

самым под условиями оказания медицинской помощи понимается более широкое явление, включающее в себя совокупность различного рода требований (многие из которых нормативными актами не установлены) как к лицу, получающему помощь, так и к организации, ее предоставляющей. Часть из этих требований является обязательной, а часть — желательной. Подобное понимание условий оказания услуг также нашло отражение во многих административных регламентах предоставления государственных услуг.

В принимаемых сегодня территориальных программах, вслед за программой федерального уровня, как правило, присутствует раздел «Виды и условия оказания медицинской помощи» (например, постановление Правительства Республики Бурятия от 24.12.2010 № 576 г. Улан-Удэ «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Республики Бурятия на 2011 год»). Помимо воспроизведения в территориальных программах основных характеристик видов медицинской помощи в данном акте установлены: порядок реализации права внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в учреждениях здравоохранения Республики Бурятия; перечень 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; перечень медицинских учреждений и других медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования; перечень медицинских учреждений и других медицинских организаций, участвующих в реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на

территории Республики Бурятия и финансируемых из бюджетов<sup>248</sup>; государственное (муниципальное) задание медицинским учреждениям и другим медицинским организациям, участвующим в реализации Программы оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Республики Бурятия.

Территориальная программа должна определять целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи.

Показатели качества медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий включают в себя<sup>249</sup>:

- удовлетворенность населения медицинской помощью — в процентах от числа опрошенных;
- число лиц, страдающих социально значимыми болезнями, с установленным впервые в жизни диагнозом — на 100 000 населения;
- число лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами — на 10 000 населения соответствующего возраста;
- смертность населения — на 1000 населения;
- смертность населения в трудоспособном возрасте — на 100 000 населения соответствующего возраста;
- смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний, онкологических заболеваний, внешних причин, в результате дорожно-транспортных происшествий — на 100 000 населения;
- материнская смертность — на 100 000 родившихся живыми;

---

<sup>248</sup> Заметим, что в соответствии с Программой при оказании скорой медицинской помощи, стационарной медицинской помощи и медицинской помощи в дневных стационарах всех типов используются лекарственные средства, включенные в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 11.11.2010 № 1938-р.

<sup>249</sup> Согласно информационному письму Минздравсоцразвития России от 17.12.2010 № 20-2/10/2-12028 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год».



- младенческая смертность — на 1000 родившихся живыми;
- охват населения профилактическими осмотрами, проводимыми с целью выявления туберкулеза (в процентах).

7. Территориальная программа обязательного медицинского страхования может включать в себя перечень страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования при условии выполнения требований, установленных базовой программой обязательного медицинского страхования. Важно, и это нашло отражение в информационном письме Минздравсоцразвития России от 17.12.2010 г. № 20-2/10/2-12028 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год», чтобы при этом соблюдались нормы законодательства Российской Федерации, которыми не предусмотрено включение в государственные (муниципальные) задания по выполнению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи государственных услуг на частично платной или платной основе.

Частями 6 и 8 комментируемой статьи предусмотрено наличие в территориальной программе обязательного медицинского страхования реестра медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования. Приложением № 2 к Правилам обязательного медицинского страхования утверждена форма, то есть перечень параметров, которые надлежит указывать при составлении Реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

**8–10.** При установлении территориальной программой обязательного медицинского страхования перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования территориальная программа обязательного медицинского страхования должна включать в себя также значения

нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, значение норматива финансового обеспечения в расчете на одно застрахованное лицо.

Объемы медицинской помощи Минздравсоцразвития России (информационное письмо Минздравсоцразвития России от 17.12.2010 г. № 20-2/10/2-12028) рекомендовано корректировать с учетом особенностей возрастного-полового состава, уровня и структуры заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, климатогеографических условий региона и транспортной доступности медицинских организаций. При определении размера предусмотренных Правительством Российской Федерации нормативов принято следующее соотношение детей (в возрасте от нуля до семнадцати лет включительно) и взрослых: 22% (коэффициент 0,22) и 78% (коэффициент 0,78) соответственно. Рекомендуемые нормативы объема медицинской помощи в расчете на 1000 жителей необходимо, прежде всего, корректировать с помощью поправочных коэффициентов, учитывающих особенности демографического состава населения субъекта Российской Федерации. Поправочные коэффициенты рассчитываются путем деления удельного веса (в % или долях единицы) численности детей и взрослых в структуре населения территории на соответствующие показатели по Российской Федерации.

При этом следует учитывать многочисленную судебную практику, сложившуюся на основе рассмотрения судами дел об установлении в территориальных программах объема медицинской помощи. Проводя сравнительный анализ положений федеральной и территориальной программ суды (определения Верховного Суда Российской Федерации от 80.09.2010 № 7-Г10-9, № 19-Г10-12 и др.) суды весьма часто приходят к выводу о том, что установленные субъектами Российской Федерации нормативы объема медицинской помощи являются более низкими, чем это предусмотрено Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на соответствующий год.

Если в вышеназванных решениях Верховный Суд дает оценку неверного использования в субъектах Российской Федерации письма Минздравсоцразвития России, не имеющего нормативного характера, то в Определении Верховного Суда Российской Федерации от 17.11.2010 № 31-Г10-13 дана оценка того, что установленные в Федеральной программе нормативы объема медицинской помощи являются средними, в связи с чем органы государственной власти субъектов Российской Федерации вправе их уменьшить. По мнению Суда, само по себе указание о среднем уровне нормативов не свидетельствует о наличии у субъекта Российской Федерации права произвольно устанавливать нормативы объема медицинской помощи в размере меньшем, нежели установленные Федеральной программой, а предусмотренная Федеральной программой возможность корректировать их с учетом особенностей возрастного-полового состава, уровня и структуры заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, не наделяет субъекты Российской Федерации правом занижать указанные нормативы.

В территориальных программах должны быть определены способы оплаты медицинской помощи, оказываемой по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам. Согласно письму Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2009 № 20-0/10/2-5067 «О направлении Рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи» (вместе с «Рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи, ориентированным на результаты деятельности медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи»<sup>250</sup>) существует множество способов оплаты медицинской помощи, но наиболее распространенной в практике здравоохранения России в настоящее время является оплата по тарифам на укрупненные единицы объема медицинской помощи, дифференцированным по различным профилям отделений и специальностям.

---

<sup>250</sup> Здравоохранение. № 10. 2009.

## Глава 7

В Правилах обязательного медицинского страхования регламентирован порядок оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Оплата осуществляется на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов. Средства на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования предоставляются страховой медицинской организации территориальным фондом в соответствии с договором о финансовом обеспечении. Ежемесячно в течение пяти рабочих дней месяца, следующего за месяцем за который страховой медицинской организацией будет осуществляться оплата медицинской помощи, территориальный фонд, исходя из среднемесячной численности застрахованных лиц с учетом половозрастного состава в данной страховой медицинской организации и утвержденных дифференцированных подушевых нормативов, определяет и доводит до сведения страховых медицинских организаций объем средств для оплаты медицинской помощи за отчетный месяц. Страховая медицинская организация направляет средства на оплату медицинской помощи в медицинские организации в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключаемым с медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы и которым решением Комиссии установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащей оплате за счет средств обязательного медицинского страхования. Медицинская организация ежемесячно формирует и направляет в страховую медицинскую организацию:

- 1) заявку на авансирование медицинской помощи с указанием периода авансирования и суммы;
- 2) счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов.

## **Глава 8**

# **Система договоров в сфере обязательного медицинского страхования**

### **Статья 37. Договоры в сфере обязательного медицинского страхования**

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

Формирование конкурентной модели обязательного медицинского страхования как одна из модернизационных задач в сфере обязательного медицинского страхования, поставленных Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, предполагает более активное использование рыночных механизмов, что, в свою очередь, предопределяет усиление роли договорного регулирования. Соответственно, законоположения, касающиеся

договоров в сфере обязательного медицинского страхования, были значительно развиты, детализированы и систематизированы.

Комментируемая статья устанавливает новую парадигму договорных отношений в сфере обязательного медицинского страхования, которую составляют договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Договорные отношения связывают участников обязательного медицинского страхования: территориальные фонды, страховые медицинские организации и медицинские организации. В обновленной системе обязательного медицинского страхования отношения между страховщиком и страхователем складываются непосредственно в силу закона.

В качестве общего признака названных договоров закон выделяет то, что они заключены в пользу застрахованного лица. Использование данной формулировки рождает вопрос о том, могут ли эти договоры быть квалифицированы как договоры в пользу третьего лица в соответствии со ст. 430 ГК РФ. В силу гражданского законодательства конструкция договора в пользу третьего лица предполагает, что третье лицо:

- а) выступает в качестве кредитора одной из сторон договора;
- б) наделено самостоятельным правом требования к должнику по исполнению обязательства в свою пользу.

В соответствии с ч. 1 ст. 16 комментируемого Закона застрахованные лица имеют право на защиту своих прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе на возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанности по организации предоставления медицинской помощи и возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением обязанности по организации и оказанию медицинской помощи. Кроме того, самостоятельность прав требования застрахованного лица к страхователю, страховой медицинской организации и медицинской организации под-

тверждается нормой п. 7 ч. 7 ст. 34 комментируемого Закона, закрепляющей за территориальным фондом право предъявлять в интересах застрахованного лица требования, в том числе в судебном порядке, связанные с защитой прав и законных интересов застрахованного лица в сфере обязательного медицинского страхования. Таким образом, застрахованные лица получают самостоятельное право требования по исполнению обязательств, возникающих на основании договоров в сфере обязательного медицинского страхования. Следовательно, договоры в этой сфере могут расцениваться как договоры в пользу третьего лица.

Повышение роли договорных отношений между поставщиками и покупателями медицинских услуг, в том числе в сфере обязательного медицинского страхования — общеевропейская тенденция последних полутора-двух десятилетий. Прямое административное подчинение уступает место взаимодействию на основе договорных отношений. Возникает новый тип отношений: «заказчик-исполнитель». Договоры рассматриваются как альтернативные формы решения тех же задач, которые традиционно осуществлялись через механизм государственного планирования здравоохранения<sup>251</sup>.

### **Статья 38. Договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования**

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

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

---

<sup>251</sup> См.: Шейман И.М. Новые экономические процессы в европейском здравоохранении // *Общественные науки и современность*. 2009. № 2. С. 48, 52.

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

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

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

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

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

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

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

8) информирование застрахованных лиц о видах, качестве и об условиях предоставления им медицинской помощи медицинскими организациями, о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи, об их праве на выбор медицинской организации, о необходимости обращения за получением полиса обязательного медицинского страхования, а также об обязаннос-



тях застрахованных лиц в соответствии с настоящим Федеральным законом;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2) участие в согласовании тарифов на оплату медицинской помощи;

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

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

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

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

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

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

2) предоставление страховой медицинской организации средств, предназначенных на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию, в пределах установленного норматива, и средств, являющихся вознаграждением за выполнение условий, предусмотренных договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

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

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

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

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

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

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

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

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

1) наличие у страховой медицинской организации остатка целевых средств;

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

3) отсутствие средств в нормированном страховом запасе территориального фонда.

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

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

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

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

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

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

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

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

18. Территориальный фонд предоставляет страховой медицинской организации средства, предназначенные на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с нормативом, предусмотренным договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, в размере не менее одного процента и не более двух процентов от суммы средств, поступивших в страховую медицинскую организацию по дифференцированным подушевым нормативам. Норматив расходов на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию устанавливается законом о бюджете территориального фонда в едином размере для всех страховых медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации.

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

Договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования является одним из договоров в сфере обязательного медицинского страхования, заключенного между участниками обязательного медицинского страхования (ч. 2 ст. 9): территориальным фондом обязательного медицинского страхования, реализующим государственную политику в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации (ст. 13, 14 комментируемого Закона) и страховой медицинской организацией, имеющей лицензию, выданную федеральным органом исполнительной власти и осуществляющей свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации (ч. 1 ст. 14 комментируемого Закона).

Примечательно, но комментируемый Закон не предусматривает легального определения данного вида договора, ограничиваясь лишь его признаками, условиями заключения, правами и обязанностями участников обязательного медицинского страхования (ч. 2 ст. 9 комментируемого Закона), вместе с тем понятие договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования можно найти в приказе Минздравсоцразвития России от 24.12.2010 № 1185н «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования на 2011 год» (далее — приказ № 1185н).

Непосредственно само понятие договора предусмотрено в п. 1 ст. 420 ГК РФ, в соответствии с которым договором признается соглашение двух или нескольких лиц об установлении, изменении или прекращении гражданских прав и обязанностей.

Предметом договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования являются, с одной стороны, обязательства территориального фонда обязательного медицинского страхования по финансовому обеспечению деятельности страховой медицинской организации в сфере обязательного медицинского страхования и, с другой стороны, обязательства страховой медицинской организации оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с условиями территориальной программы за счет предоставленных ей террито-

риальным фондом обязательного медицинского страхования целевых средств (см. п. 1 ч. 1 ст. 28 комментируемого Закона, раздел I приказа № 1185н; Раздел III приказа Минздравсоцразвития России от 21.01.2011 № 15н «Об утверждении Типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования» (далее — приказ № 15н), раздел XIV приказа Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее — приказ № 158н). Таким образом, на основании договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования происходит финансирование страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации.

Финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования осуществляется по дифференцированным подушевым нормативам, определяемым в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования (приказ № 158н).

Отношения между территориальным фондом обязательного медицинского страхования и страховой медицинской организацией по финансовому обеспечению обязательного медицинского страхования определяются как гражданско-правовые.

Несмотря на то что п. 1 ст. 421 ГК РФ определено, что граждане и юридические лица свободны в заключении договора, с точки зрения своей правовой природы, договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования следует рассматривать в смысле ст. 428 ГК РФ как договор присоединения, условия которого определены одной из сторон в формулярах или иных стандартных формах и могут быть приняты другой стороной не иначе как путем присоединения к предложенному договору в целом. Форма типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти по согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по нормативно-правовому регулированию в сфере страховой деятельности (ч. 9 комментируемой статьи; приказ № 1185н).

Аналогичное полномочию территориального фонда обязательного медицинского страхования «по финансовому обеспечению деятельности страховой медицинской организации» было определено в Положении о Территориальном Фонде, утвержденном в Положении Верховного Совета от 24.02.1993 № 4543-1, в соответствии с подп. 2 п. 3 которого Территориальный фонд осуществляет «финансирование обязательного медицинского страхования», проводимого страховыми медицинскими организациями, заключившими договоры обязательного медицинского страхования, по подушевым нормативам, устанавливаемым правлением территориального фонда. Вид отношений по финансированию обязательного медицинского страхования был определен в постановлении Правительства РФ от 11.10.1993 № 1018 «О мерах по выполнению Закона Российской Федерации «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» (вместе с «Инструкцией о порядке взимания и учета страховых взносов (платежей) на обязательное медицинское страхование», «Положением о страховых медицинских организациях, осуществляющих обязательное медицинское страхование»), в п. 3 которого предписано территориальному фонду по согласованию с Минфином России утвердить форму типового договора территориального фонда обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией.

Большинство положений комментируемой ст. 38 вступают в силу с 1 января 2012 года. Указанное касается и ч. 1 комментируемой статьи, обязывающей страховую медицинскую организацию оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с условиями, установленными территориальной программой обязательного медицинского страхования, за счет целевых средств.

В соответствии с ч. 5 ст. 38 комментируемого Федерального закона территориальный фонд обязательного медицинского страхования заключает договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования лишь с той страховой ме-



дицинской организацией, у которой есть список застрахованных лиц. Согласно п. 14 ст. 51 комментируемого закона в 2011 г. заключение договоров территориальным фондом обязательного медицинского страхования со страховыми медицинскими организациями и их исполнение осуществляются в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования.

Денежные средства по договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования предоставляются по заявке страховой медицинской организации с 2012 года, в пределах объема средств определяемого исходя из количества застрахованных в данной организации лиц и дифференцируемых подушевых нормативов (ч. 2 ст. 53 комментируемого Федерального закона). В 2011 году представление заявок типовой формой договора не предусмотрено.

В случае необходимости предоставления дополнительных денежных средств вследствие изменения объективных обстоятельств (повышенная заболеваемость, увеличение тарифов на оплату медицинской помощи, количества застрахованных лиц и (или) изменение их структуры по полу и возрасту), территориальный фонд обязательного медицинского страхования принимает решение либо о предоставлении, либо об отказе в предоставлении страховой медицинской организации недостающих для оплаты медицинской помощи средств из нормированного страхового запаса территориального фонда. Если же страховая медицинская организация обратится в территориальный фонд обязательного медицинского страхования за предоставлением целевых средств сверх установленного объема средств на оплату медицинской помощи, то территориальный фонд обязательного медицинского страхования после изучения отчета страховой медицинской организации об использовании целевых средств и проведения проверки, сроком не более 10 дней с момента ее обращения, с целью выяснения причин недостатка выделенных средств примет решение либо о предоставлении дополнительных целевых средств, либо об ее отказе (ч. 7–9 комментируемой статьи).

Основаниями для отказа в предоставлении дополнительного объема целевых средств является:

- наличие у страховой медицинской организации остатка целевых средств;
- необоснованность объема дополнительно запрашиваемых средств;
- отсутствие средств в нормированном страховом запасе территориального фонда.

Согласно нормам гражданского законодательства понятие «договор» напрямую связано с понятиями «права» и «обязанности», которые и определяют конкретный вид договора.

В силу ч. 2 и 3 комментируемой статьи и раздела 2 приказа № 1185н договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования должен содержать определенный набор обязанностей и прав страховой медицинской организации, часть из которых действует с 1 января 2011 г., а отдельные его новеллы вступают в силу лишь 1 января 2012 г.

К числу обязанностей следует относить:

- осуществление деятельности по обязательному медицинскому страхованию;
- заключение договоров с медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;
- оформление, переоформление, выдачу полиса обязательного медицинского страхования (документ, удостоверяющий право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой программой обязательного медицинского страхования (ст. 45 комментируемого Закона);
- оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;
- обеспечение учета, сохранности и конфиденциальности сведений и информации при осуществлении персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифици-

рованного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;

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

- информирование застрахованных лиц о видах, качестве и об условиях предоставления им медицинской помощи медицинскими организациями, о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи, об их праве на выбор медицинской организации, о необходимости обращения за получением полиса обязательного медицинского страхования, а также об обязанностях застрахованных лиц;

- обеспечение защиты прав и законных интересов застрахованных граждан;

- осуществление контроля объема, сроков и качества медицинской помощи в соответствии с условиями договора ;

- осуществление приема обращений застрахованных ею граждан;

- рассмотрение претензий граждан к качеству медицинской помощи и к взиманию с них денежных средств при лечении по полису;

- несение в соответствии с законодательством Российской Федерации ответственности за ненадлежащее исполнение предусмотренных настоящим Федеральным законом условий договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и др.

С 1 января 2012 г. вступят в силу следующие положения, касающиеся обязанностей страховой медицинской организации:

- оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с условиями, установленными территориальной программой, за счет целевых средств;

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

## Глава 8

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

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

- возвращение территориальному фонду при прекращении договора о финансовом обеспечении целевых средств, не использованных по целевому назначению, в течение десяти рабочих дней с даты прекращения указанного договора (см. п. 198 Правил обязательного медицинского страхования — приказ № 158н).

К законодательно установленным положениям, предусматривающим права страховой медицинской организации (ч. 3 комментируемой статьи, приказ № 1185н), относятся:

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

- участие в согласовании тарифов на оплату медицинской помощи;

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

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

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

- осуществление иных предусмотренных настоящим законом и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования прав.

Обязанности территориального фонда обязательного медицинского страхования по договору о финансовом обеспечении ОМС установлены ч. 4 комментируемой статьи, вступающей в силу также с 1 января 2012 года:

- предоставление страховой медицинской организации по поступившей от нее заявке целевых средств в пределах объема средств, определяемого исходя из количества застрахованных лиц в данной страховой медицинской организации и дифференцированных подушевых нормативов, в порядке и на цели, которые предусмотрены настоящим Федеральным законом;
- предоставление страховой медицинской организации средств, предназначенных на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию, в пределах установленного норматива и средств, являющихся вознаграждением за выполнение условий, предусмотренных договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;
- предоставление страховой медицинской организации целевых средств из нормированного страхового запаса территориального фонда в случаях, установленных комментируемым Законом.

Полномочия, связанные с осуществлением контроля за деятельностью страховой медицинской организации, осуществляемой в соответствии с рассматриваемым Законом и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, и выполнением иных обязанностей, действуют с 1 января 2011 года.

Особенности прекращения действия договора определены в ч. 15–17 ст. 38 Закона и продублированы в приказе Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (см. главу 29 ГК РФ<sup>252</sup>).

Так, если страховая медицинская организация изъявит желание досрочно расторгнуть договор о финансовом обеспече-

---

<sup>252</sup> При одностороннем отказе от исполнения договора полностью или частично, когда такой отказ допускается законом или соглашением сторон, договор считается соответственно расторгнутым или измененным (п. 3 ст. 450 ГК РФ).

## Глава 8

нии обязательного медицинского страхования, то за три месяца до даты расторжения указанного договора она должна уведомить территориальный фонд обязательного медицинского страхования и застрахованных лиц о соответствующем намерении (п. 17 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом № 158н). При приостановлении или прекращении действия лицензии, ликвидации страховой медицинской организации договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования считается расторгнутым с момента приостановления действия лицензии либо ее отзыва.

После прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и на период до выбора в течение двух месяцев застрахованными лицами другой страховой медицинской организации и заключения с ней договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования территориальный фонд обязательного медицинского страхования осуществляет обязанности и права, предусмотренные ч. 2 и 3 комментируемой статьи (п. 18 Правил, утвержденных приказом № 158н).

Ответственность за нарушение участниками обязательного медицинского страхования условий договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования предусмотрена ч. 10–14 статьи 38 Закона и положениях приказа № 1185н.

Страховая медицинская организация несет ответственность перед территориальным фондом обязательного медицинского страхования за:

- нарушение установленных в настоящем договоре сроков представления данных о застрахованных лицах, а также сведений об изменениях в этих данных в виде штрафа в размере трех тысяч рублей;
- нецелевое расходование страховой медицинской организацией средств обязательного медицинского страхования в виде возмещения в течение десяти рабочих дней со дня предъявления

требования территориальным фондом указанных средств и уплаты штрафа в размере десяти процентов от суммы средств, использованных не по целевому назначению, а также пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого расходования;

– невыполнение условий договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в части осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам в виде уплаты штрафа в размере десяти процентов от суммы средств, перечисленных территориальным фондом на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию страховой медицинской организации за период, в течение которого установлены данные нарушения;

– ненадлежащее исполнение условий договора.

В случае выявления нарушений договорных обязательств при возмещении страховой медицинской организации затрат на оплату медицинской помощи территориальный фонд обязательного медицинского страхования уменьшает платежи на сумму выявленных нарушений или неисполненных договорных обязательств (п. 46 приказа ФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»).

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования субъекта РФ также несет ответственность перед страховой медицинской организацией за нарушение сроков перечисления страховой медицинской организации средств на обязательное медицинское страхование или неполное выделение указанных средств, установленных договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, поступивших в бюджет территориального фонда за соответствующий период в виде уплаты штрафа в размере пяти десятых процента от неперечисленных сумм.

**Статья 39. Договор на оказание и оплату  
медицинской помощи  
по обязательному медицинскому страхованию**

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

2. По договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию медицинская организация обязуется оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

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

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

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



емов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, установленным Федеральным фондом;

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

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

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

2) представление счетов за оказанную медицинскую помощь;

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

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

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

6. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования.

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

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

9. За использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, медицинская организация уплачивает штраф в размере суммы нецелевого использования средств и пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств. Средства, использованные не по целевому назначению, медицинская организация возвращает в бюджет территориального фонда в течение 10 рабочих дней со дня предъявления территориальным фондом соответствующего требования.

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

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

**1–2.** Комментируемая статья упорядочивает договорные отношения между медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования.

Регулирование договорных отношений по оплате и оказанию медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию осуществлено не только на законодательном, но и на подзаконном уровне: по прямому указанию Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» ведомственным актом уполномоченного федерального органа исполнительной власти по согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по нормативно-правовому регулированию в сфере страховой деятельности, утверждается форма типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. В настоящее время действует Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24.12.2010 № 1184н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее — Типовой договор). В Типовом договоре на оказание и оплату медицинской помощи устанавливаются обязательные для сторон правила. Поэтому с точки зрения его юридической силы он приравнивается к другим актам федеральных органов исполнительной власти и занимает соответствующее место в иерархии нормативно-правовых актов. Кроме того, типовый договор, предполагающий непосредственную трансформацию норм в договорные условия, дает возможность утвердившему органу осуществлять более широкий контроль за складывающейся в сфере обязательного медицинского страхования договорной практикой.

По договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию медицинская организация обязуется оказать необходимую медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы, а страховая медицинская организация обязуется оплатить оказанную медицинскую помощь.

В ранее действовавшем Законе Российской Федерации «О медицинском страховании граждан Российской Федерации» договор с аналогичным предметом именовался договором на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по медицинскому страхованию. Это название, по мнению ряда исследователей, не вполне соответствовало его содержанию<sup>253</sup>. Новое наименование договора призвано точнее отразить его предмет.

Исходя из анализируемых норм, договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию может быть квалифицирован как договор в пользу третьего лица, двусторонний, возмездный и консенсуальный.

Договор должен быть заключен в письменной форме. Аналогичное требование к форме установлено типовым договором относительно всех уведомлений и сообщений, направляемых сторонами в связи с исполнением договора.

*Сторонами* в договоре на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию выступают медицинская организация и страховая медицинская организация.

На стороне медицинской организации может выступать как юридические лица любой организационно-правовой формы, так и индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой. Закон устанавливает следующие обязательные условия для участия медицинских организаций и индивидуальных предпринимателей в договорных отношениях на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию:

- организация или индивидуальный предприниматель должны быть включены в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальных программ ОМС;
- организация или индивидуальный предприниматель должны обладать установленным решением комиссии по разработке

---

<sup>253</sup> См., например: *Малеина М.Н.* Человек и медицина в современном праве. М., 1995. С. 20.

территориальной программы ОМС объемом предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств обязательного медицинского страхования.

Страховой медицинской организацией является юридическое лицо, обладающее лицензией на осуществление страхования в части обязательного медицинского страхования в соответствии с Законом Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и с учетом особенностей, установленных Постановлением Правительства РФ от 31.12.2010 № 1227 «Об особенностях лицензирования деятельности страховых медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации» (См. подробнее комментарий к ст. 14).

Исходя из толкования положений ч. 11 ст. 14 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании» для заключения данного договора страховая медицинская организация, кроме того, аналогично медицинской организации должна быть включена в реестр страховых медицинских организаций.

В исключительных случаях на стороне страховой медицинской организации в договоре на оказание и оплату медицинской помощи могут выступать территориальные фонды. Закон допускает такую возможность при отсутствии на территории субъекта Российской Федерации страховых медицинских организаций, включенных в реестр страховых медицинских организаций, ограничивая ее днем начала осуществления деятельности страховых медицинских организаций, включенных в реестр.

Согласно ч. 10 ст. 14 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании» и п. 73 Правил обязательного медицинского страхования уведомление о включении страховой медицинской организации в соответствующий реестр направляется до 1 сентября года, предшествующего году, в котором страховая медицинская организация намерена осуществлять свою деятельность. Следовательно, такая организация независимо от даты включения ее в реестр получает право осуществлять деятельность по обязательному медицинскому страхованию только с года, сле-

дующего за годом подачи уведомления. Договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию согласно типовому условию действует по 31 декабря года и автоматически пролонгируется, если ни одна из сторон не заявит о его расторжении. Если стороной договора выступал территориальный фонд и в период действия договора на территории субъекта РФ появились страховые медицинские организации, включенные в реестр, то такой договор прекращается 31 декабря, действие его на следующий календарный год не продлевается, заключению подлежит новый договор уже с участием страховой медицинской организации.

**3–4.** *Содержание договора* составляют следующие условия о правах и обязанностях сторон.

### **Обязанности страховой медицинской организации.**

Обязанности страховой медицинской организации по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленные императивными правовыми нормами, могут быть условно классифицированы на:

- обязанности по оплате медицинской помощи;
- обязанности в сфере проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
- информационные обязанности;
- организационные обязанности.

#### *А) Обязанности по оплате медицинской помощи.*

1. Оплачивать медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в пределах объемов медицинской помощи по территориальной программе ОМС;

Объемы медицинской помощи по территориальной программе устанавливаются решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС и являются неотъемлемой частью договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС. При оплате медицинской помощи страховой медицинской организацией учитываются результаты контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Обязанность по оплате оказанной медицинской помощи подлежит исполнению страховой медицинской организацией в течение трех рабочих дней после получения средств обязательного медицинского страхования от территориального фонда. Форма исполнения обязанности — перечисление указанных средств на расчетный счет медицинской организации. Основанием для оплаты оказанной медицинской помощи медицинской организации являются предъявленные ею счета и реестры счетов. В этих целях медицинская организация ежемесячно формирует и направляет в страховую медицинскую организацию заверенные подписью руководителя и главного бухгалтера медицинской организации и печатью медицинской организации счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов.

Реестр счетов должен содержать следующие сведения:

- 1) наименование медицинской организации;
- 2) ОГРН в соответствии с ЕГРЮЛ;
- 3) период, за который выставлен счет;
- 4) номер позиции реестра;
- 5) сведения о застрахованном лице:  
фамилия, имя, отчество (при наличии);  
пол;  
дата и место рождения;  
данные документа, удостоверяющего личность;  
СНИЛС (при наличии);  
номер полиса;
- 6) сведения об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи:  
вид оказанной медицинской помощи (код);  
диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее — МКБ-10);  
дату начала и дату окончания лечения;  
объемы оказанной медицинской помощи;  
профиль оказанной медицинской помощи (код);  
специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь (код);

тариф на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу;

стоимость оказанной медицинской помощи;

результат обращения за медицинской помощью (код).

Конкретный срок предоставления медицинской организацией указанных счетов и реестров счетов устанавливается в рамках месяца, следующего за отчетным, по соглашению сторон.

Оплата медицинской помощи осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи в порядке оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования.

2. Направлять аванс по оплате медицинской помощи;

Нормативно установлен максимальный размер аванса — до семидесяти процентов от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Сроки и размеры уплаты аванса устанавливаются по соглашению сторон на основании ежемесячно формируемой и направляемой медицинской организацией в страховую медицинскую организацию заявки на авансирование медицинской помощи с указанием периода авансирования и суммы в соответствии с п. 126 Правил обязательного медицинского страхования.

3. Проводить сверку расчетов с медицинской организацией.

На страховую медицинскую организацию возлагается обязанность ежемесячно, на 1 число месяца, следующего за отчетным, а также ежегодно по состоянию на конец финансового года проводить сверку счетов с медицинской организацией, являющейся стороной по договору на оказание и оплату медицинской помощи. Результатом такой сверки является акт о принятии к оплате медицинской помощи, который подтверждает сумму окончательного расчета между сторонами. Обязательные требования к содержанию акта предполагают наличие в нем следующих сведений:

— сумма задолженности по оплате медицинской помощи на начало отчетного месяца;



– общая сумма средств на оплату медицинской помощи по предъявленным счетам на месяц;

– сумма средств, удержанных по результатам контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи, в том числе по результатам актов медико-экономического контроля, актов медико-экономической экспертизы, актов экспертизы качества медицинской помощи;

– перечисленная сумма средств;

– задолженность по оплате медицинской помощи на конец отчетного месяца.

*Б) Обязанности в сфере проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.*

Обязанности страховой медицинской организации в сфере проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи определяются исходя из порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, устанавливаемых Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

*В) Информационные обязанности.*

1. Получать от медицинских организаций следующие виды сведений:

– сведения, необходимые для осуществления контроля за соблюдением требований к предоставлению медицинской помощи застрахованным лицам;

– информацию о режиме работы;

– информацию о видах оказываемой медицинской помощи.

Требования о выполнении обязанностей по получению данных видов сведений установлены законодательством императивно. Кроме того, в договоре могут быть закреплены обязанности по получению иных сведений, объем и порядок получения этих последних.

обеспечивать конфиденциальность полученных сведений.

осуществлять проверку их достоверности.

В отличие от Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» Типовой до-

говор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24.12.2010 г. № 1184н, относит перечисленные действия не к обязанностям, но правам страховой медицинской организации. Вместе с тем, отнесение тех или иных действий к правам или обязанностям лица имеет принципиальное значение, поскольку отражает меру возможного либо должного поведения. Исходя из большей юридической силы законодательных норм, несмотря на положения Типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию подзаконного характера, получение от медицинских организаций перечисленных видов сведений, обеспечение их конфиденциальности и осуществление проверки их достоверности следует расценивать как обязанности страховых медицинских организаций.

2. Осуществлять информационный обмен сведениями о застрахованных лицах и оказанной медицинской помощи.

Такое информационное взаимодействие должно осуществляться на основании общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утверждаемых Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, поэтому конкретизация обязанностей страховой медицинской организации в сфере информационного обмена будет осуществлена в данном акте.

4. Обеспечивать медицинскую организацию информационными материалами о правах граждан в сфере обязательного медицинского страхования, предоставляемых видах и объемах медицинской помощи в соответствии с территориальной программой, условиях ее получения.

*Г) Организационные обязанности.*

1. Организовать оказание медицинской помощи застрахованному лицу в другой медицинской организации.

Эта обязанность страховой медицинской организации предусмотрена на случай утраты медицинской организацией — сторо-

ны в договоре на оказание и оплату медицинской помощи права на осуществление медицинской деятельности.

#### **Права страховой медицинской организации.**

Страховая медицинская организация имеет следующие права:

1. не оплачивать или не полностью оплачивать затраты медицинской организации на оказание медицинской помощи;
2. требовать возврата средств в страховую медицинскую организацию;

Эти права могут быть реализованы при выявлении нарушений договорных обязательств в отношении объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в Порядке организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденных Приказом Федерального Фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230.

предъявлять претензии и (или) иски к медицинской организации в целях возмещения вреда, причиненного застрахованному лицу;

применять санкции к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

#### **Обязанности медицинской организации.**

1. обеспечить застрахованным лицам реализацию права на выбор медицинской организации и врача в соответствии с законодательством Российской Федерации;

2. бесплатно оказывать застрахованным лицам при наступлении страхового случая медицинскую помощь, включенную в территориальную программу обязательного медицинского страхования, перечень видов которой содержится в сведениях, подтверждающих право на осуществление медицинской деятельности, являющихся неотъемлемой частью настоящего договора;

3. предоставлять застрахованным лицам сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, показателях доступности и качества медицинской помощи;

4. представлять страховой медицинской организации сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, изменении видов, объемов и сроков оказываемой 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, а также показатели доступности и качества медицинской помощи;

5. направлять в страховую медицинскую организацию в срок до десятого числа текущего месяца заявку на авансирование медицинской помощи в размере до семидесяти процентов от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи в соответствии с настоящим договором;

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 в соответствии с настоящим договором;

7. представлять отчетность об использовании средств обязательного медицинского страхования, об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи и иную отчетность в порядке, устанавливаемым Федеральным фондом обязательного медицинского страхования;

8. вести персонализированный учет медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, и представлять страховой медицинской организации сведения, необходимые для исполнения настоящего договора;

9. предоставлять место для размещения информационных материалов о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования и возможность организовать для представителя страховой медицинской организации помещение для осуществления деятельности по защите прав застрахованных лиц;

10. использовать средства обязательного медицинского страхования, полученные за оказанную медицинскую помощь в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования;

11. вести отдельный учет по операциям со средствами обязательного медицинского страхования;

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.

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 обязательного медицинского страхования;

14. представлять сведения в страховую медицинскую организацию о численности застрахованных лиц, выбравших данную медицинскую организацию для оказания амбулаторной медицинской помощи, и списках застрахованных лиц, выбравших организацию для оказания амбулаторной медицинской помощи, о возникших обстоятельствах, которые могут привести к нарушению требований стандартов медицинской помощи;

15. представить страховой медицинской организации сведения, подтверждающие право медицинской реорганизации 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.

#### **Права медицинской организации.**

Медицинская организация вправе:

1. получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи

по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с установленными тарифами;

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.

**7–9. Ответственность сторон по договору.**

Комментируемые части устанавливают несколько составов гражданских правонарушений — оснований ответственности сторон по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Основаниями для привлечения *страховой медицинской организации* к гражданско-правовой ответственности в рамках договора на оказание и оплату медицинской помощи являются:

- неоплата медицинской помощи, оказанной по договору;
- несвоевременная оплата медицинской помощи, оказанной по договору.

В качестве санкции за неоплату или несвоевременную оплату медицинской помощи, оказанной по договору, Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» предусматривает взыскание пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день возникновения просрочки, от неперечисленных сумм за каждый день просрочки. Согласно Типовому договору уплата пени не освобождает страховую медицинскую организацию от оплаты медицинской помощи. Пени должны быть уплачены за счет собственных средств страховой медицинской организации.

Положение Типового договора о незачетном характере предусмотренной меры гражданско-правовой ответственности позволяют квалифицировать ее в качестве законной штрафной неустойки, а не специальной меры ответственности за нарушение денежного обязательства, также исчисляемой исходя из учетной

ставки банковского процента — процентов за пользование чужими денежными средствами (ст. 395 ГК РФ).

Такое определение правовой природы предусмотренной ч. 7 комментируемой статьи меры гражданско-правовой ответственности имеет отнюдь не только теоретическое значение, но и влечет следующие последствия в юридической практике.

Во-первых, в отсутствии законодательного запрета размер законной неустойки может быть увеличен по соглашению сторон (п. 2 ст. 332 ГК РФ).

Во-вторых, размер законной неустойки по усмотрению суда может быть уменьшен, если подлежащая уплате неустойка явно несоразмерна последствиям нарушения обязательства (ст. 333 ГК РФ).

В-третьих, медицинская организация вправе предъявить в суд на выбор требования о применении как законной неустойки, так и процентов за пользование чужими денежными средствами.

Вопросы соотношения норм о неустойке и процентах за пользование чужими денежными средствами и их применения разъяснены в постановлении Пленума Верховного Суда РФ № 13 и Пленума Высшего Арбитражного Суда № 14 от 08.10.1998 «О практике применения положений Гражданского кодекса Российской Федерации о процентах за пользование чужими денежными средствами»<sup>254</sup>.

Ответственность *медицинской организации* в рамках договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию наступает по 4 составам:

- неоказание медицинской помощи по договору;
- несвоевременное оказание медицинской помощи по договору;
- оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по договору. Санкция — договорная неустойка в виде штрафа, т.е. однократно взыскиваемой, заранее определенной в договоре денежной суммы;

---

<sup>254</sup> Вестник ВАС РФ. 1998. № 11; Бюллетень Верховного Суда РФ. 1998. № 12.

– нецелевое использование средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи.

В сфере гражданско-правовых отношений, где и пеня, и штраф нормативно признаются мерами гражданско — правовой ответственности, одновременное применение пени и штрафа как двух мер ответственности за одно и то же правонарушение не допускается. Такой вывод, обусловленный принципом однократности наказания за одно правонарушение, неоднократно подтверждался Высшим Арбитражным Судом РФ<sup>255</sup>. Однако в сфере ОМС под уплатой штрафа в размере суммы нецелевого использования средств понимается возврат в территориальный фонд средств, которые были использованы не по назначению.

Основанием для освобождения от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию выступает действие непреодолимой силы. Непреодолимая сила определяется в п. 3 ст. 401 ГК РФ как чрезвычайные и непредотвратимые при данных условиях обстоятельства. В Типовом договоре содержится примерный перечень таких обстоятельств: война, пожар, стихийное бедствие и т. п.

**10.** Комментируемая часть определяет основания для досрочного расторжения договора. К таковым отнесены:

- соглашение сторон, совершенное в письменной форме;
- ликвидация одной из сторон;
- отзыв либо прекращение действия лицензии у страховой медицинской организации;
- утрата медицинской организацией права на осуществление медицинской деятельности;
- исключение медицинской организации из реестра медицинских организаций, участвующих в системе обязательного медицинского страхования.

Последствием расторжения договора является производство сторонами окончательного расчета в течение десяти дней после

---

<sup>255</sup> См., например: постановление Президиума ВАС РФ от 02.02.1999 № 6705/97; определение ВАС РФ от 04.05.2009 № ВАС-5103/09 по делу № А67-3947/08.



прекращения действия договора, ликвидация взаимной дебиторской и кредиторской задолженности. Соответствующий акт в течение одного дня направляется страховой медицинской организацией в территориальный фонд.

**11.** См. комментарий к ч. 1–2 статьи.

## **Глава 9**

### **Контроль**

#### **объемов, сроков, качества**

#### **и условий предоставления**

#### **медицинской помощи**

#### **по обязательному**

#### **медицинскому страхованию**

#### **Статья 40. Организация контроля**

#### **объемов, сроков, качества**

#### **и условий предоставления**

#### **медицинской помощи**

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

**2. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи осуществляется путем проведения медико-**

экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи.

3. Медико-экономический контроль — установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, территориальной программе обязательного медицинского страхования, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.

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

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

6. Экспертиза качества медицинской помощи — выявление нарушений 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.

7. Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи, включенным в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи. Экспертом качества медицинской помощи является врач — специалист, имеющий высшее профессиональное образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования. Федеральный фонд, территориальный фонд, страховая медицинская организация для организации и проведения экспертизы качества медицинской помощи поручают проведение указанной экспертизы эксперту качества медицинской помощи из числа экспертов качества медицин-

ской помощи, включенных в территориальные реестры экспертов качества медицинской помощи.

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

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

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

11. Территориальный фонд в порядке, установленном Федеральным фондом, вправе осуществлять контроль за деятельностью страховых медицинских организаций путем организации контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проводить медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу, экспертизу качества медицинской помощи, в том числе повторно, а также контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи проводит медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу, экспертизу качества медицинской помощи в случае, если медицинская помощь оказана застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования. Эксперты территориального фонда должны соответствовать требованиям, установленным частями 5 и 7 настоящей статьи.

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

Положения комментируемой статьи посвящены такой важной управленческой функции, как организация **контроля** объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Для российского законодательства в сфере медицинского страхования введение института контроля является новеллой. Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» не вводил легального понятия контроля в рассматриваемой сфере. Регулирование контрольных мероприятий концентрировалось на подзаконном уровне, что, на наш взгляд, существенно снижало роль института контроля.

Согласно теории административного права, контроль — это управленческая функция, назначение которой состоит в том, чтобы установить соответствие или несоответствие фактического состояния и деятельности управляемому объекту заданному им состоянию<sup>256</sup>. Именно контроль позволяет обнаруживать, устранять или корректировать отклонения объекта от заданного состояния.

Особенности контроля с точки зрения юридической доктрины заключаются в том, что:

- контроль осуществляется в отношении подчиненных органов;
- контролеры вправе вмешиваться в оперативно-хозяйственную деятельность контролируемого объекта;
- контроль предполагает оценку деятельности контролируемого объекта не только с точки зрения законности, но и целесообразности;
- контролеры вправе непосредственно применять меры государственного принуждения.

В свою очередь, надзор характеризуется тем, что:

- отсутствуют отношения подчиненности надзирающих органов с поднадзорными;
- вмешательство в оперативно-хозяйственную деятельность поднадзорного органа не допускается;

---

<sup>256</sup> См.: Лазарев Б.М. Компетенция органов управления. М., 1972. С. 38.

— деятельность поднадзорного объекта оценивается только с точки зрения законности;

— должностные лица органов надзора не вправе применять непосредственно меры взыскания за допущенные нарушения законности<sup>257</sup>.

Системный анализ норм законодательства в сфере обязательного медицинского страхования позволил с высокой долей вероятности утверждать, что в комментируемой статье речь идет именно о контрольной деятельности, признаки надзора отсутствуют.

1. В статье 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» устанавливается организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями.

Порядок проведения указанного контроля установлен приказом ФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»<sup>258</sup>.

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию — это мероприятия по проверке соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Объектом контроля в данных отношениях будут являться организация и оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Субъектами контроля — территориальные фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации, медицинские организации, имеющие право на осуществление медицинской деятельности и

---

<sup>257</sup> См.: *Беляев В.П.* К вопросу оптимизации контрольной деятельности // Законодательство. № 6. 2006. С. 75–76.

<sup>258</sup> Российская газета. 2011. № 20.

включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Основными целями контроля являются:

– обеспечение бесплатного предоставления застрахованному лицу медицинской помощи в объеме и на условиях, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования;

– защита прав застрахованного лица на получение бесплатной медицинской помощи в объеме и на условиях, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, надлежащего качества в медицинских организациях, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования, в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

– 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.

2. Контроль осуществляется путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи.

3. Понятие медико-экономического контроля дано в ч. 3 ст. 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

При медико-экономическом контроле проводится контроль всех случаев оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, а именно: проверка реестров счетов на соответствие установленному порядку информационного обмена в сфере обязательного медицинского страхования; идентификация лица, застрахованного конкретной страховой медицинской организацией (плательщика); проверка соответствия оказанной медицинской помощи; проверка обоснованности применения тарифов на медицинские услуги, расчета их стоимости в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию; установление отсутствия превышения медицинской организацией объемов медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, подлежащих оплате за счет средств обязательного медицинского страхования.

При проверке соответствия оказанной медицинской помощи предполагается, что она должна соответствовать 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-экономический контроль осуществляется специалистами страховых медицинских организаций и территориальных фондов обязательного медицинского страхования.



По результатам проверки составляется акт медико-экономического контроля. Выявленные в реестрах счетов нарушения, отраженные в таких актах являются основанием для применения мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона № 326-ФЗ, условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также могут являться основанием для проведения медико-экономической экспертизы; организации и проведения экспертизы качества медицинской помощи; проведения повторного медико-экономического контроля, повторных медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи территориальным фондом обязательного медицинского страхования или страховой медицинской организацией по заданию территориального фонда (кроме контроля при осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования).

**4–5.** Медико-экономическая экспертиза — установление ответственности фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации. Проводить медико-экономическую экспертизу вправе только специалист-эксперт являющимся врачом, имеющим стаж работы по врачебной специальности не менее пяти лет и прошедшим соответствующую подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

При проведении проверочных мероприятий специалист-эксперт обязан установить соответствие предоставленной медицинской помощи условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию путем установления соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объемов предоставленных к оплате меди-

## Глава 9

цинских услуг записям в первичной медицинской и учетно-отчетной документации медицинской организации;

Медико-экономическая экспертиза может быть двух видов: целевая и плановая.

Целевая медико-экономическая экспертиза проводится в следующих случаях:

- при повторных обращениях по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней — при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней — при повторной госпитализации;

- при заболеваниях с удлинённым или укороченным сроком лечения более чем на 50 процентов от установленного стандартом медицинской помощи или средне сложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утверждённый стандарт медицинской помощи;

- при получении жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность медицинской помощи в медицинской организации.

Плановая медико-экономическая экспертиза осуществляется на основании проведенного медико-экономического контроля по счетам, предоставленным к оплате в течение месяца после оказания застрахованному лицу медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в иных случаях может осуществляться в течение года после предъявления счетов на оплату.

При проведении плановой медико-экономической экспертизы оцениваются:

- характер, частота и причины нарушений прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в установленных договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию объеме, сроках, качестве и условиях;

- объем оказанной медицинской организацией медицинской помощи и его соответствие установленному решением комиссии

по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объема, подлежащему оплате за счет средств обязательного медицинского страхования;

– частота и характер нарушений медицинской организацией порядка формирования реестров счетов.

По итогам медико-экономической экспертизы специалистом-экспертом составляется акт медико-экономической экспертизы, который является основанием для применения к медицинской организации мер, предусмотренных ст. 41 комментируемого Закона.

**6–7.** Часть 6 ст. 40 устанавливает понятие экспертизы качества медицинской помощи, которая проводится путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, сложившейся клинической практике. Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи, включенным в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи и соответствующим требованиям, изложенным в п. 7 ст. 40 Федерального закона № 326-Основной задачей эксперта качества медицинской помощи является проведение экспертизы качества медицинской помощи с целью выявления дефектов медицинской помощи, включая оценку правильности выбора медицинской организации, степени достижения запланированного результата, установление причинно-следственных связей выявленных дефектов медицинской помощи, оформление экспертного заключения и рекомендаций по улучшению качества медицинской помощи в обязательном медицинском страховании.

Приказом ФОМС от 01.12.2010 № 230 предусмотрены некоторые ограничения при привлечении к экспертизе качества медицинской помощи в медицинской организации. Так, эксперт качества медицинской помощи не может быть привлечен к экспертизе в медицинской организации, с которой он состоит в трудовых или иных договорных отношениях, и обязан отказаться

от проведения экспертизы качества медицинской помощи в случаях, когда пациент является (являлся) его родственником или больным, в лечении которого эксперт качества медицинской помощи принимал участие.

Предусматриваются два вида экспертизы качества медицинской помощи: целевая и плановая.

Целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится в течение месяца после предоставления страхового случая (медицинских услуг) к оплате и в следующих случаях:

- получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность и качество медицинской помощи в медицинской организации;
- необходимости подтверждения объема и качества медицинской помощи по случаям, отобраным при медико-экономическом контроле и медико-экономической экспертизе;
- летальных исходов при оказании медицинской помощи;
- внутрибольничного инфицирования и осложнения заболевания;
- первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;
- повторного обоснованного обращения 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 процентов от установленного стандартом медицинской помощи или средне сложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи.

Проведение целевой экспертизы качества медицинской помощи в случае поступления жалоб застрахованных лиц или их представителей не зависит от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи и осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».

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.

Экспертом качества медицинской помощи, осуществлявшим проведение экспертизы, оформляется экспертное заключение, содержащее описание проведения и результаты экспертизы качества медицинской помощи, и составляется акт экспертизы качества медицинской помощи.

В соответствии с ч. 9 и 10 ст. 40 Федерального закона № 326-ФЗ результаты экспертизы качества медицинской помощи, оформленные соответствующим актом, являются основанием для применения к медицинской организации мер, предусмотренных ст. 41 комментируемого Федерального закона, условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи).

**8.** Часть 8 комментируемой статьи вводит обязанность медицинской организации обеспечить беспрепятственный доступ специалистов-экспертов и экспертов качества медицинской помощи к материалам, необходимым для проведения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, и предоставлять иную запрашиваемую информацию в целях проведения наиболее полного и достоверного контроля. В свою очередь, приказ ФОМС от 01.12.2010 № 230 устанавливает ответственность специалистов-экспертов за разглашение конфиденциальной информации ограниченного доступа, которая становится им известной при осуществлении контроля в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**9.** Результаты медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской по-

мощи оформляются соответствующими актами по формам, установленным Федеральным фондом.

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 контроля, 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.

**10.** По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются санкции к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении указанного контроля. В соответствии со ст. 41 Федерального закона № 326-ФЗ сумма, не подлежащая оплате по результатам проведения контрольных мероприятий и экспертиз, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию или уменьшению оплаты медицинской помощи. Также на медицинскую организацию может быть наложен штраф или могут быть применены иные санкции в соответствии с заключенным договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Акты страховой медицинской организации, принятые по результатам проведения контрольных мероприятий в отношении деятельности медицинских организаций, могут быть обжалованы в территориальном фонде путем составления претензии в течение 15 рабочих дней с момента получения указанного акта. Территориальный фонд в течение 30 дней рассматривает поступившую претензию и подтверждающие материалы и проводит пов-

торные контрольные мероприятия. При несогласии с решением территориального фонда в ст. 42 комментируемого Закона предусмотрен судебный порядок обжалования.

**11.** Территориальный фонд обязательного медицинского страхования на основании ч. 11 ст. 40 Федерального закона № 326-ФЗ 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.

Основными задачами повторной экспертизы являются: проверка обоснованности и достоверности заключения специалиста-эксперта или эксперта качества медицинской помощи, первично проводившего медико-экономическую экспертизу или экспертизу качества медицинской помощи; контроль деятельности отдельных специалистов-экспертов/экспертов качества медицинской помощи.

Необходимость повторных медико-экономических экспертиз или экспертиз качества медицинской помощи возникает в случаях:

а) проведения территориальным фондом обязательного медицинского страхования документальной проверки организации обязательного медицинского страхования страховой медицинской организацией;

б) выявления нарушений в организации контроля со стороны страховой медицинской организации;

в) необоснованности и/или недостоверности заключения эксперта качества медицинской помощи, проводившего экспертизу качества медицинской помощи;

г) поступления претензии от медицинской организации, не урегулированной со страховой медицинской организацией.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования уведомляет страховую медицинскую организацию и медицинскую организацию о проведении повторной экспертизы. По результатам проверки территориальный фонд состав-

ляет акт о проведении повторных экспертиз и направляет в страховую медицинскую организацию и медицинскую организацию.

В соответствии с ч. 14 ст. 38 Федерального закона территориальный фонд обязательного медицинского страхования в случае выявления нарушений договорных обязательств со стороны страховой медицинской организации при возмещении ей затрат на оплату медицинской помощи уменьшает платежи на сумму выявленных нарушений или неисполненных договорных обязательств.

Перечень санкций за нарушения договорных обязательств устанавливается договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключаемым между территориальным фондом обязательного медицинского страхования и страховой медицинской организацией.

В соответствии с указанным договором в случае выявления нарушений в деятельности страховой медицинской организации территориальный фонд обязательного медицинского страхования использует меры, применяемые к страховой медицинской организации в соответствии с ч. 13 ст. 38 Федерального закона и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования или признает применяемые страховой медицинской организацией к медицинской организации меры необоснованными.

В случае выявления территориальным фондом обязательного медицинского страхования при проведении повторных экспертиз нарушений, пропущенных страховой медицинской организацией в ходе медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи, страховая медицинская организация утрачивает право использования мер, применяемых к медицинской организации, по своевременно не обнаруженному дефекту медицинской помощи и/или нарушению при оказании медицинской помощи.

Медицинская организация возвращает средства в сумме, определенной актом повторной экспертизы, в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования.



**12.** Территориальный фонд обязательного медицинского страхования проводит анализ обращений застрахованных лиц, их представителей и других субъектов обязательного медицинского страхования по результатам контроля, проводимого страховой медицинской организацией.

В целях обеспечения прав на получение доступной и качественной медицинской помощи застрахованные лица информируются медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями, территориальными фондами обязательного медицинского страхования о выявленных нарушениях в предоставлении медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования, в том числе по результатам контроля.

Работа с обращениями граждан в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования, территориальных фондах обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организациях, как уже не раз отмечалось, проводится в соответствии с Федеральным законом «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» и иными нормативными правовыми актами, регламентирующими работу с обращениями граждан.

При поступлении в страховую медицинскую организацию или территориальный фонд обязательного медицинского страхования 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, создающих службу представителей страховых медицинских организаций по осуществлению в медицинских организациях, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования, работы по защите 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 получающих в медицинских

организациях медицинскую помощь застрахованных лиц информационно-разъяснительными материалами по вопросам их прав.

**Статья 41. Порядок применения санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи**

1. Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

2. Взаимные обязательства медицинских организаций и страховых медицинских организаций, следствием которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, предусматриваются заключенным между ними договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, устанавливаемым правилами обязательного медицинского страхования.

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

**медицинской организации, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.**

Комментируемая статья определяет механизм применения санкций к медицинским организациям в порядке несения ответственности за нарушения, выявленные при контроле объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Санкции за соответствующие нарушения, допущенные медицинскими организациями, налагаются по итогам контрольно-проверочных мероприятий.

Санкции (от лат. *sanctio* — строжайшее постановление) — меры принудительного воздействия по отношению к нарушителям правил нормального ведения хозяйственной и финансовой деятельности. Как правило, санкции включают запрещение или ограничение деятельности, штрафы, лишение кредитов, закрытие счетов в банках, изъятие материальных и денежных средств.

Санкции подразделяются на договорные (штрафы за невыполнение условий договора) и финансовые (финансовые меры со стороны государственных и иных органов).

Сущность санкций заключается в реализации предупредительной, компенсационной (возмещение потерь) или репрессивной (наказание) функции.

В рассматриваемой ситуации санкции, предъявляемые к медицинской организации, носят компенсационный характер, поскольку направлены на возмещение потерь страховой медицинской организации.

Следует отметить, что применение санкций к медицинским организациям в порядке реализации норм об обязательном медицинском страховании может не предполагать обращения за их взысканием к каким-либо компетентным органам. В данной ситуации действует механизм удержания соответствующих сумм денежных средств, которые не подлежат оплате. Однако возможен возврат этих сумм, уже уплаченных медицинской организации в счет оказанной медицинской помощи. Медицинская орга-

низация возвращает соответствующие денежные средства на счета медицинской страховой организации, которой были произведены необходимые выплаты.

Собственно, порядок взыскания санкций (удержание или возврат денежных средств) за ненадлежащую медицинскую помощь регулируется в договоре на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенном между медицинской организацией и страховой медицинской организацией.

Для ориентации участников договорных отношений в рассматриваемой сфере законодатель также отдельно выделил перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшения оплаты медицинской помощи. Поэтому соответствующий договор может содержать ссылку на данный перечень либо воспроизвести его в своих положениях.

Перечень оснований для отказа является составной частью порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Такой порядок утвержден приказом ФОМС от 01.12.2010 № 230<sup>259</sup>.

Согласно п. 66 Порядка 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;

---

<sup>259</sup> Приказ ФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» // Российская газета. 2011. № 20.

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).

На медицинскую организацию могут налагаться штрафы как меры карательного, репрессивного характера. Наложение штрафа возможно за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества. Кроме штрафа к медицинской организации могут быть применены иные санкции в соответствии с заключенным договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Штраф уплачивается в размере, установленном по договору в соответствии с перечнем оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи.

Утвержден Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), в котором выделяются следующие группы: 1) нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц (например, нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке; 2) нарушения, состоящие в отсутствии информированности застрахованного населения (например, отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет); 3) нарушения, связанные с дефектами медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи (например, 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); 4) нарушения, связанные с дефектами оформления первичной медицинской документации в медицинской организации (например, не-

представление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин); 5) наиболее многочисленная группа — нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов (например, наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета).

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 (п. 70 Порядка).

Инструменты диспозитивного регулирования использует законодатель и в отношении невозможности исполнения обязательств медицинскими организациями и медицинскими страховыми организациями в рамках системы обязательного медицинского страхования. Речь идет о ситуации, в которой возникает возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи. Следующим обстоятельством являются случаи уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Указанные ситуации должны быть урегулированы договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Дополнительным ориентиром сторон соответствующего договора в вопросах взаимных обязательств в указанных случаях служит порядок оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, устанавливаемый правилами обязательного медицинского страхования.

В ранее действовавших Типовых правилах обязательного медицинского страхования граждан (утв. ФОМС 03.10.2003

№ 3856/30-3/и)<sup>260</sup>, которые регулировали вопросы финансового обеспечения деятельности медицинских организаций за счет средств обязательного медицинского страхования, была предусмотрена возможность страховой медицинской организацией получать субвенции в территориальных фондах обязательного медицинского страхования в рамках территориальной программы. Внимание на это также обращалось и в судебной практике и фактически означало обязанность страховой медицинской организации на основании ст. 309, 310 ГК РФ оплатить оказанные медицинской организацией услуги в полном объеме<sup>261</sup>.

Применение санкций к медицинской организации не освобождает ее от оказания медицинской помощи застрахованным лицам, а также возмещения им вреда, явившегося следствием ненадлежащего оказания медицинских услуг. Тем самым законодатель установил особые гарантии исполнения медицинскими организациями возложенных на них функций по оказанию медицинской помощи.

Вред, причиненный здоровью гражданину (застрахованному лицу) по вине медицинской организации, возмещается по правилам гражданского законодательства.

Вред подлежит возмещению независимо от организационно-правовой формы учреждения здравоохранения и условий оказания медицинской помощи.

Гражданско-правовая ответственность в сфере оказания медицинских услуг является, как правило, внедоговорной (деликтной).

Основанием для возмещения вреда является ненадлежащее исполнение своих служебных обязанностей медицинскими работниками учреждений, оказывающих медицинскую помощь. По общему правилу ответственность за действия своих сотрудников несет организация.

---

<sup>260</sup> Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. 2004. № 4.

<sup>261</sup> См.: определение ВАС РФ от 31.03.2009 № ВАС-1503/09 по делу № А04-1417/08-12/133.

Согласно ст. 1068 ГК РФ юридическое лицо либо гражданин возмещает вред (ущерб), причиненный его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей.

Учреждения здравоохранения независимо от форм собственности, а также частнопрактикующие врачи (специалисты, работники), участвующие в системе обязательного медицинского страхования, несут ответственность за вред (ущерб), причиненный застрахованным гражданам их врачами либо другими работниками здравоохранения.

Существуют общие правила возмещения вреда, предполагающие соблюдение принципов (условий) возложения гражданско-правовой ответственности:

- 1) противоправное нарушение возложенных законом или договором обязанностей и прав других лиц;
- 2) наличие вреда (убытков);
- 3) причинная связь между поведением правонарушителя и наступившими последствиями;
- 4) вина правонарушителя.

Существенным обстоятельством для возложения ответственности на виновных лиц является необходимость установления причинно-следственной связи между возникшим вредом и действиями (бездействием) конкретных лиц, ответственных за проведение лечения граждан.

Ответственность за вред (ущерб) наступает в случае наличия причинно-следственной связи между деяниями (действием либо бездействием) работников учреждений здравоохранения независимо от форм собственности или частнопрактикующих врачей (специалистов, работников) и наступившими последствиями у застрахованного пациента.

В случае когда медицинскую помощь ненадлежащего качества оказали несколько учреждений здравоохранения независимо от форм собственности или частнопрактикующих врачей (специалистов, работников), либо действия самого пациента оказали влияние на качество медицинской помощи, наступает смешанная ответственность. При смешанной ответственности ее размер определяется соответственно степени вины каждой из сторон.



Согласно ст. 1064 ГК РФ вред (ущерб), причиненный личности (в системе обязательного медицинского страхования — застрахованному), подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред (ущерб).

Законом обязанность возмещения вреда (ущерба) может быть возложена на лицо, не являющееся причинителем вреда (ущерба).

Возмещение вреда (ущерба) состоит в выплате потерпевшему денежной суммы, которую он произвел или должен будет произвести для восстановления нарушенного здоровья в связи с оказанием ему некачественной медицинской или лекарственной помощи, а также возмещением упущенной выгоды и морального ущерба.

Таким образом, убытки у потерпевшего могут возникнуть в связи с его расходами на лечение, послеоперационное восстановление и реабилитацию, составляющие реальный ущерб. Кроме того, в перечень возможных убытков может быть включена упущенная выгода, представляющая неполученные доходы в результате совершенного правонарушения.

Лица, совместно причинившие вред (ущерб), отвечают перед потерпевшим солидарно (ст. 1080 ГК РФ).

В случае, когда лицо возместило вред (ущерб), причиненный другим лицом, оно имеет право обратного требования (регресса) к этому лицу в размере выплаченного возмещения, если иной размер не установлен законом (ст. 1081 ГК РФ).

Таким образом, медицинское учреждение, возместившее вред пациенту за своих сотрудников, в дальнейшем получает права по взысканию с них суммы возмещения.

Если гражданину причинен моральный вред (физические или нравственные страдания), суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации указанного вреда (ст. 151 ГК РФ).

По общему правилу моральный вред может быть причинен только гражданину (физическому лицу), что связано с физиологическими особенностями человеческого организма, способного воспринимать воздействие внешних физических факторов и реа-

гировать на это воздействие естественным образом. Суду предоставлено право самостоятельно определять размер возмещения с учетом всех обстоятельств, как способствующих наступлению ущерба, так и являющихся проявлением последствий такого воздействия. Оценке подлежит степень физических и нравственных страданий лица, которому причинен вред, с учетом его индивидуальных особенностей. При определении размера компенсации вреда должны учитываться требования разумности и справедливости.

К компенсации морального вреда при нарушении личных немущественных прав граждан относится компенсация морального вреда, причиненного не только повреждением здоровья, но и смертью человека. В этом случае потерпевшими считаются близкие родственники лица, умершего в результате проведения иммунопрофилактических мероприятий.

Согласно ст. 1094 ГК РФ лица, ответственные за вред, вызванный смертью потерпевшего, обязаны возместить необходимые расходы на погребение лицу, понесшему эти расходы. Пособие на погребение, полученное гражданами, понесшими эти расходы, в счет возмещения вреда не засчитывается.

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

1. Медицинская организация в течение 15 рабочих дней со дня получения актов страховой медицинской организации вправе обжаловать заключение страховой медицинской организации при наличии разногласий по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи путем направления претензии в территориальный фонд.

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

3. Территориальный фонд в течение 30 рабочих дней со дня поступления претензии рассматривает поступившие от медицинской

организации материалы и организует проведение повторных медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

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

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

Комментируемая статья регламентирует процедуру обжалования заключения страховой медицинской организации, касающуюся контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Процедура обжалования предусматривает обязательный досудебный порядок урегулирования возникших по итогам контрольно-экспертных мероприятий между медицинской организацией и медицинской страховой организацией разногласий.

Досудебный порядок заключается в направлении медицинской организацией в территориальный фонд претензии на результаты заключения по оценке качества медицинской помощи. Такую претензию медицинская организация вправе направить в течение 15 рабочих дней со дня получения от медицинской страховой организации актов, содержащих соответствующее заключение.

Комментируемая статья не предусматривает возможность продления срока для подачи соответствующей претензии. Поэтому предполагается, что если в течение установленного срока претензия со стороны медицинской организации не была направлена, то медицинская организация считается согласной с результатами оценки контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Претензия должна быть оформлена в письменной форме, содержать доводы и излагать обстоятельства, подтверждающие наличие ошибок в результатах медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества меди-

цинской помощи, изложенных в заключении страховой организации. К претензии должны прилагаться документы, которые подтверждают правомерность изложенных в претензии доводов и позиции медицинской организации.

Медицинская организация обязана предоставить в территориальный фонд обязательного медицинского страхования:

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

В течение 30 дней с момента получения претензии соответствующий территориальный фонд рассматривает претензию и организует проведение повторной экспертизы.

Повторная экспертиза проводится экспертами, назначаемыми территориальным фондом, что оформляется им в соответствующем решении.

Законодатель предусмотрел, что претензия рассматривается в месячный срок и в этот же самый период осуществляется организация проведения экспертизы. С учетом изложенного, проведение самой экспертизы и сроки получения ее результатов могут выйти за 30дневный срок.

Организация повторной экспертизы, а также утверждение ее результатов проводятся по решению территориального фонда.

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 оконча-

тельного расчета с медицинской организацией за отчетный период).

В случае несогласия с результатами экспертизы медицинская организация вправе обжаловать ее итоги через суд путем предъявления требований непосредственно к территориальному фонду, принявшему соответствующее решение.

Судебное обжалование решения территориального фонда осуществляется по правилам гл. 24 Арбитражного процессуального кодекса Российской Федерации от 24.07.2002 № 95-ФЗ, определяющей рассмотрение дел об оспаривании ненормативных актов, решений и действий (бездействия) государственных органов.

Дела об оспаривании затрагивающих права и законные интересы лиц в сфере предпринимательской и иной экономической деятельности ненормативных правовых актов, решений и действий (бездействия) государственных органов, органов местного самоуправления рассматриваются арбитражным судом по общим правилам искового производства.

Производство по делам об оспаривании ненормативных правовых актов, решений и действий (бездействия) органов возбуждается на основании заявления заинтересованного лица, обратившегося в арбитражный суд с требованием о признании недействительными ненормативных правовых актов или о признании незаконными решений и действий (бездействия) указанных органов и лиц (ст. 197 АПК РФ).

Заявление может быть подано в арбитражный суд в течение трех месяцев со дня, когда гражданину, организации стало известно о нарушении их прав и законных интересов, если иное не установлено федеральным законом. Пропущенный по уважительной причине срок подачи заявления может быть восстановлен судом (п. 4 ст. 198 АПК РФ).

Заявление о признании ненормативного правового акта недействительным, решений и действий (бездействия) незаконными должно соответствовать требованиям, предусмотренным ст. 125 АПК РФ.

Заявление подается в арбитражный суд в письменной форме, подписывается заявителем (его представителем). В заявлении указывается наименование арбитражного суда, в который подается заявление; наименование заявителя, его место нахождения; номера телефонов, факсов, адреса электронной почты заявителя; перечень прилагаемых документов.

Заявитель обязан направить другим лицам, участвующим в деле, копии заявления и прилагаемых к нему документов, которые у них отсутствуют, заказным письмом с уведомлением о вручении.

Дела об оспаривании ненормативных правовых актов, решений и действий (бездействия) органов, осуществляющих публичные полномочия, должностных лиц рассматриваются судьей единолично в срок, не превышающий трех месяцев со дня поступления соответствующего заявления в арбитражный суд, включая срок на подготовку дела к судебному разбирательству и принятие решения по делу (ст. 200 АПК РФ).

Арбитражный суд, установив, что оспариваемый ненормативный правовой акт, решение и действия (бездействие) органов, осуществляющих публичные полномочия, должностных лиц не соответствуют закону или иному нормативному правовому акту и нарушают права и законные интересы заявителя в сфере предпринимательской и иной экономической деятельности, принимает решение о признании ненормативного правового акта недействительным, решений и действий (бездействия) незаконными.

В случае если арбитражный суд установит, что оспариваемый ненормативный правовой акт, решения и действия (бездействие) органов, осуществляющих публичные полномочия, должностных лиц соответствуют закону или иному нормативному правовому акту и не нарушают права и законные интересы заявителя, суд принимает решение об отказе в удовлетворении заявленного требования.

Решения арбитражного суда по делам об оспаривании ненормативных правовых актов, решений и действий (бездействия) ор-

ганов, осуществляющих публичные полномочия, должностных лиц подлежат немедленному исполнению.

Со дня принятия решения арбитражного суда о признании недействительным ненормативного правового акта полностью или в части указанный акт или отдельные его положения не подлежат применению (ст. 201 АПК РФ).

# Глава 10

## Организация персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования

### Статья 43. Персонифицированный учет в сфере обязательного медицинского страхования

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

2. Целями персонифицированного учета являются:

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

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



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

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

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

5. Порядок ведения персонифицированного учета определяется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

В пункте 1 комментируемой статьи Закона дается определение персонифицированного учета. Персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах ведется в форме единого регистра застрахованных лиц, являющегося совокупностью его центрального и региональных сегментов, и включает в себя сбор, обработку, передачу и хранение определенных сведений о застрахованных лицах.

Перечень сведений, включаемых в реестры, содержится в ст. 44 Закона, а также дублируется в приказе Минздравсоцразвития РФ от 25.01.2011 № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования»<sup>262</sup>.

Установленный порядок определяет правила ведения персонифицированного учета сведений о каждом застрахованном лице в сфере обязательного медицинского страхования. В частно-

---

<sup>262</sup> Российская газета. № 29. 11 февраля 2011 г.

сти, организацию персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования; ведение единого регистра застрахованных лиц; ведение персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам и технологию обмена информацией при ведении персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования.

Организация персонифицированного учета в отношении пенсионного страхования потребовала принятия специального объемного Федерального закона от 01.04.1996 № 27-ФЗ «Об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования»<sup>263</sup>. В сфере обязательного медицинского страхования такой закон не принят, и соответствующие правоотношения регламентируются подзаконными нормативными актами.

Федеральным фондом обязательного медицинского страхования утверждены общие принципы построения и функционирования информационных систем и порядок информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования (приказ ФОМС от 07.04.2011 № 79). В целях установления единых требований и правил информационного взаимодействия, применяемых участниками и субъектами системы обязательного медицинского страхования на территории Российской Федерации, утверждены: общие требования к построению и функционированию информационных систем в сфере обязательного медицинского страхования; требования к региональной информационной системе обязательного медицинского страхования; общие требования к информационной системе территориального фонда обязательного медицинского страхования; требования к подсистеме ведения регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц; требования к подсистеме ведения персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского страхования; требования к подсистеме информирова-

---

<sup>263</sup> Российская газета. № 68, 10 апреля 1996 г.

ния граждан (официальному сайту территориального фонда обязательного медицинского страхования в сети Интернет); общие требования к информационной системе страховой медицинской организации; требования к подсистеме персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах; требования к подсистеме персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского страхования; требования к подсистеме информирования граждан (официальному сайту страховой медицинской организации в сети Интернет); общие требования к информационной системе медицинской организации; требования к подсистеме персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского страхования.

Порядок информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования включает в себя ряд регламентов: Регламент информационного взаимодействия при ведении единого регистра застрахованных лиц; Регламент информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского страхования; Регламент информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского страхования за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

В целях обеспечения информационного взаимодействия между Федеральным фондом и территориальными фондами, страхователями для неработающих граждан, с Пенсионным фондом Российской Федерации и его территориальными органами, медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями и иными организациями заключены:

– Соглашение об информационном обмене между Пенсионным фондом Российской Федерации и Федеральным фондом

обязательного медицинского страхования от 31.12.2010 г. ПФ РФ № АД-30-32/09сог, ФОМС № 6547/20-1<sup>264</sup>;

– Соглашение об информационном обмене между Пенсионным фондом Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования от 31.01.2011 г. ПФ РФ № АД-08-33/03сог, ФОМС № 558/91-и<sup>265</sup>.

Таким образом, полностью правовая основа для информационного взаимодействия между указанными органами пока не создана и подлежит формированию в перспективе.

Гарантией осуществления информационного взаимодействия выступает обязанность соответствующих субъектов представлять сведения в установленных законодательством случаях. Так, при нарушении установленных договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования сроков предоставления данных о застрахованных лицах, а также сведений об изменении этих данных страховая медицинская организация обязана уплатить территориальному фонду за счет собственных средств штраф в размере трех тысяч рублей<sup>266</sup>.

В целях актуализации регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц и внесения сведений о застрахованных лицах в него страховая медицинская организация формирует и передает информационные файлы с изменениями сведений о застрахованных лицах, в территориальный фонд по мере необходимости, но не реже 1 раза в день при наличии изменений в сведениях о застрахованных лицах, в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

---

<sup>264</sup> СПС «КонсультантПлюс».

<sup>265</sup> СПС «КонсультантПлюс».

<sup>266</sup> Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // СЗ РФ. 06.12.2010. № 49. Ст. 6422; Приказ Минздравсоцразвития РФ от 25.01.2011 г. № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонафицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования» // Российская газета. № 29. 11 февраля 2011 г.

Территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации ежеквартально не позднее 15-го числа второго месяца, следующего за отчетным периодом, предоставляет в соответствии с Соглашением об информационном обмене между Пенсионным фондом Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования в соответствующий территориальный фонд сведения о работающих застрахованных лицах для внесения их в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц.

Территориальный фонд ежемесячно на основании сведений о государственной регистрации смерти, предоставленных органами записи актов гражданского состояния в соответствии со ст. 12 Федерального закона от 15.11.1997 № 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния»<sup>267</sup>, проводит актуализацию регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц, уведомляет об этом страховые медицинские организации на территории субъекта Российской Федерации и направляет информационные файлы со сведениями о государственной регистрации смерти на территории субъекта Российской Федерации по лицам, сведения о которых отсутствуют в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц, в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования для актуализации центрального сегмента единого регистра застрахованных лиц.

Территориальный фонд ежеквартально актуализирует региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц на основании сведений о работающих застрахованных лицах и направляет информационные файлы со сведениями о работающих застрахованных лицах, сведения о которых отсутствуют в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц, в Федеральный фонд для актуализации центрального сегмента единого регистра застрахованных лиц.

Страхователь для неработающих граждан (органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномочен-

---

<sup>267</sup> СЗ РФ. 1997. № 47. Ст. 5340; 2000. № 44. Ст. 4149; 2003. № 17. Ст. 1553; № 50. Ст. 4855; 2009. № 51. Ст. 6154; 2010. № 15. Ст. 1748.

ные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации) ежемесячно не позднее 5 числа каждого месяца предоставляет в соответствующий территориальный фонд сведения о неработающих застрахованных лицах, в соответствии с соглашениями об информационном обмене между территориальными фондами и страхователями для неработающих граждан в субъектах Российской Федерации, и по форме, утверждаемой Федеральным фондом и Пенсионным фондом Российской Федерации.

Комментируемый Федеральный закон устанавливает, что отказ в представлении или непредставлении в установленный срок страхователями для неработающих граждан в территориальные фонды документов или копий документов влечет за собой наложение штрафа в размере 50 руб. за каждый непредставленный документ (п. 2 ст. 18 Федерального закона).

Ответственные субъекты за ведение учета сведений о застрахованных лицах в пределах своей компетенции осуществляют проверки, позволяющие предотвратить появление в едином регистре застрахованных лиц дублирующих записей.

Территориальный фонд осуществляет общий контроль за региональным сегментом единого регистра застрахованных лиц. В случае обнаружения ошибок и несоответствий территориальный фонд направляет соответствующую информацию страховой медицинской организации с указанием перечня несоответствий и сроков их исправления.

Обмен данными между страховыми медицинскими организациями, территориальными фондами и Федеральным фондом в целях ведения персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах осуществляется в электронном виде по выделенным или открытым каналам связи, включая Интернет, с использованием электронной цифровой подписи в соответствии с установленными законодательством Российской Федерации требованиями по защите персональных данных.

Хранение копий бумажных документов и электронных архивов осуществляется по правилам организации государственного архивного дела.

Уполномоченным федеральным органом власти, определяющим порядок ведения персонифицированного учета, является Минздравсоцразвития РФ<sup>268</sup>.

Целями персонифицированного учета согласно закону являются:

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

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

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

По-сути, данные персонифицированного учета позволят однозначно идентифицировать гражданина, определять объем и качество оказанной ему медицинской помощи, но только в рамках обязательного медицинского страхования, то есть оказанной ему бесплатно в пределах базовой и территориальной программы; позволят обеспечить более точное прогнозирование потребностей в медицинской помощи, определять необходимые расходы.

Орган управления здравоохранения и территориальный фонд при своде отчетных данных медицинских организаций указывают расчетную потребность в объемах медицинской помощи на основании нормативов, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации о Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и скорректированных с учетом уровня заболеваемости и демографического состава населения субъекта Российской Федерации<sup>269</sup>. Нормативы объема медицинской по-

---

<sup>268</sup> Постановление Правительства РФ от 30.06.2004 № 321 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации» // Российская газета. № 144. 8 июля 2004 г.

<sup>269</sup> Приказ Росстата от 29.07.2009 № 154 «Об утверждении статистического инструментария для организации Минздравсоцразвития России федерального

мощи по ее видам рассчитываются в единицах объема на 1 человека в год. Порядок расчета дифференцированных подушевых нормативов устанавливается Правилами обязательного медицинского страхования<sup>270</sup>.

Анализ данных персонифицированного учета является одним из условий для организации контроля за качеством оказанной медицинской помощи и, соответственно, использованием средств обязательного медицинского страхования, которые в случае некачественно оказанной медицинской помощи — нарушение объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи<sup>271</sup>, подлежат удержанию из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежат возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшается оплата медицинской помощи.

Система персонифицированного учета способна обеспечить решение важнейшей задачи — персонифицированный учет заболеваемости и его анализ. Указанное предполагает увеличение роли медицинской статистики, данные которой должны использоваться более результативно, чем прежде.

---

статистического наблюдения в сфере здравоохранения» // Вопросы статистики. № 12, 2009; постановление Правительства РФ от 04.10.2010 № 782 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год» // Российская газета. № 231. 13 октября 2010 г.

<sup>270</sup> См.: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158-н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован в Минюсте 03.03.2011 г.) // Российская газета. № 51. 11 марта 2011 г.

<sup>271</sup> Приказ ФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» // Российская газета. № 20. 2 февраля 2011; Приказ Минздравсоцразвития России от 24.12.2010 г. № 1184н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» // Российская газета. № 29. 11 февраля 2011 г.



**Статья 44. Персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам**

1. В сфере обязательного медицинского страхования ведется персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах и персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам.

2. При ведении персонифицированного учета 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) страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования;
- 11) номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица;
- 12) данные о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом;
- 13) дата регистрации в качестве застрахованного лица;
- 14) статус застрахованного лица (работающий, неработающий).

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

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

- 1) номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица;

- 2) медицинская организация, оказавшая соответствующие услуги;
- 3) виды оказанной медицинской помощи;
- 4) условия оказания медицинской помощи;
- 5) сроки оказания медицинской помощи;
- 6) объемы оказанной медицинской помощи;
- 7) стоимость оказанной медицинской помощи;
- 8) диагноз;
- 9) профиль оказания медицинской помощи;
- 10) медицинские услуги, оказанные застрахованному лицу, и примененные лекарственные препараты;
- 11) примененные медико-экономических стандарты;
- 12) специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь;
- 13) результат обращения за медицинской помощью;
- 14) результаты проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

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

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

В пункте 1 ст. 44 комментируемого Федерального закона конкретизируется, что персонифицированный учет ведется в отношении как сведений о застрахованных лицах, так и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам. Пунктом 2 комментируемой статьи устанавливается перечень сведений, сбор, обработка, передача и хранение которых осуществляется в отношении застрахованных граждан. Пунктом 4 закрепля-

ется совокупность сведений, необходимых для ведения персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам. Перечень указанных сведений содержится также в приказе Минздравсоцразвития России от 25.01.2011 № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования»<sup>272</sup>. Необходимо отметить, что нормативные предписания, содержащиеся в рассматриваемой статье, повторно находят свое закрепление в указанном приказе.

Сведения, необходимые для персонифицированного учета, аккумулируются в едином регистре, состоящем из центрального и регионального сегментов.

Федеральный фонд ведет центральный сегмент единого регистра застрахованных лиц, осуществляет общий контроль за актуализацией и использованием единого регистра застрахованных лиц, обеспечивает круглосуточный режим приема и обработки файлов с изменениями от территориальных фондов.

Ведение регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц осуществляет территориальный фонд на основании сведений о застрахованных лицах, предоставляемых страховой медицинской организацией.

Территориальный фонд обеспечивает круглосуточный режим приема и обработки файлов с изменениями, поступивших от страховых медицинских организаций, актуализирует региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц на основании сведений, получаемых от Федерального фонда из центрального сегмента единого регистра застрахованных лиц, осуществляет общий контроль за региональным сегментом единого регистра застрахованных лиц.

Персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, ведется в электронном виде медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями, работающими в системе обязательного медицинского страхования, и территориальными фондами.

---

<sup>272</sup> Российская газета. № 29. 11 февраля 2011 г.

На этапе автоматизированной обработки сведений персонафицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в территориальном фонде производится:

1) идентификация застрахованного лица по региональному сегменту единого регистра застрахованных лиц, определение страховой медицинской организации, ответственной за оплату счета;

2) выявление застрахованных лиц, которым оказана медицинская помощь вне территории страхования, и определение их территории страхования;

3) направление в электронном виде результатов, полученных в соответствии с приведенными выше п. 1 и 2, в медицинскую организацию, оказавшую медицинскую помощь застрахованным лицам.

Медицинская организация по результатам автоматизированной обработки сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, представляет их в страховые медицинские организации в объеме и в сроки, установленные договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

После проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии со ст. 40 комментируемого Федерального закона сведения в виде информационных файлов передаются страховой медицинской организацией в медицинские организации и территориальный фонд в сроки, предусмотренные договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

В случае затруднений в определении территории страхования лица, которому была оказана медицинская помощь вне территории страхования, территориальный фонд формирует электронный запрос в центральный сегмент единого регистра застрахованных лиц, где в течение 5 рабочих дней осуществляется проверка и формируется ответ с указанием выявленной территории страхования и действующего номера полиса застрахованного лица.

Обмен данными между медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями, территориальными фондами и Федеральным фондом в целях ведения персонализированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, осуществляется в электронном виде по выделенным или открытым каналам связи, включая сеть Интернет, с использованием электронной цифровой подписи в соответствии с установленными законодательством Российской Федерации требованиями по защите персональных данных.

Защиту персональных данных обеспечивает следующий механизм, предусмотренный Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»<sup>273</sup> и постановлением Правительства РФ от 17.11.2007 № 781 «Об утверждении Положения об обеспечении безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных»<sup>274</sup>.

Страховая медицинская организация и территориальный фонд приказами определяют работников, допущенных к работе с региональным сегментом единого регистра застрахованных лиц, и соблюдают требования законодательства Российской Федерации по защите персональных данных.

Оператор при обработке персональных данных обязан 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.

Использование и хранение биометрических персональных данных вне информационных систем персональных данных могут осуществляться только на таких материальных носителях информации и с применением такой технологии ее хранения, кото-

---

<sup>273</sup> Российская газета. № 165. 29 июля 2006 г.

<sup>274</sup> Российская газета. № 260. 21 ноября 2007 г.

рые обеспечивают защиту этих данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения<sup>275</sup>.

Достаточность принятых мер по обеспечению безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах оценивается при проведении государственного контроля и надзора. Положением об обеспечении безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных<sup>276</sup> устанавливаются требования к обеспечению безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных, представляющих собой совокупность персональных данных, содержащихся в базах данных, а также информационных технологий и технических средств, позволяющих осуществлять обработку таких персональных данных с использованием средств автоматизации.

Средства защиты информации, применяемые в информационных системах, в установленном порядке проходят процедуру оценки соответствия.

Размещение информационных систем, специальное оборудование и охрана помещений, в которых ведется работа с персональными данными, организация режима обеспечения безопасности в этих помещениях должны обеспечивать сохранность носителей персональных данных и средств защиты информации, а также исключать возможность неконтролируемого проникновения или пребывания в этих помещениях посторонних лиц.

Возможные каналы утечки информации при обработке персональных данных в информационных системах определяются Фе-

---

<sup>275</sup> Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» // Российская газета. № 165. 29 июля 2006 г.

<sup>276</sup> Постановление Правительства РФ от 17.11.2007 № 781 «Об утверждении Положения об обеспечении безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных» // Российская газета. № 260. 21 ноября 2007 г.

деральной службой по техническому и экспортному контролю и Федеральной службой безопасности Российской Федерации в пределах их полномочий.

Безопасность персональных данных при их обработке в информационной системе обеспечивает оператор или лицо, которому на основании договора оператор поручает обработку персональных данных. Существенным условием договора является обязанность уполномоченного лица обеспечить конфиденциальность персональных данных и безопасность персональных данных при их обработке в информационной системе.

Для разработки и осуществления мероприятий по обеспечению безопасности персональных данных при их обработке в информационной системе оператором или уполномоченным лицом может назначаться структурное подразделение или должностное лицо (работник), ответственные за обеспечение безопасности персональных данных.

Лица, доступ которых к персональным данным, обрабатываемым в информационной системе, необходим для выполнения служебных (трудовых) обязанностей, допускаются к соответствующим персональным данным на основании списка, утвержденного оператором или уполномоченным лицом.

При обнаружении нарушений порядка предоставления персональных данных оператор или уполномоченное лицо незамедлительно приостанавливают предоставление персональных данных пользователям информационной системы до выявления причин нарушений и устранения этих причин.

Реализация требований по обеспечению безопасности информации в средствах защиты информации возлагается на их разработчиков.

Персонифицированный учет создает условия для осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

В зарубежной практике альтернативными способами персонифицированного учета являются следующие. В Швейцарии лицо, оказавшее медицинские услуги, предоставляет лицу, обязан-

ному их оплатить<sup>277</sup>, подробный счет и информацию, позволяющую проверить расчет цены услуг. Страховщик вправе запросить подробный диагноз или дополнительные сведения медицинского характера. Сведения же о качестве оказанных медицинских услуг предоставляются медицинскими организациями в обязательном порядке Федеральному статистическому департаменту, Федеральному департаменту юстиции, Федеральному контролеру цен, а также кантонам и страховщикам под угрозой административной ответственности в виде штрафа и включают сведения о виде деятельности, инфраструктуре, оборудовании, организационно-правовой форме, о штате, числе пациентов, виде, объеме и цене оказанных услуг, затратах, прибыли, медицинских показателях качества.

В Канаде же достаточно острый характер носит проблема завышения размера затрат, когда речь идет об услугах врача, и проблема платежей пациентов, когда речь идет об оплате больничных услуг. Закон о здоровье предполагает сокращение федеральных субсидий в отношении провинций, чьи счета по соответствующим медицинским программам искажают реальные затраты на лечение. Отсюда, в соответствии со ст. 3, 4 постановления Министерства национального здравоохранения и благосостояния «О завышении размера затрат и информации используемой для формирования счетов», министр национального здравоохранения и благосостояния имеет право потребовать от правительства провинции предоставления документов финансовой отчетности за определенный налоговый год для выявления случаев завышения размера затрат на медицинские услуги и больничных платежей застрахованных лиц.

---

<sup>277</sup> Страховщиками являются кассы по болезни, являющиеся некоммерческими юридическими лицами, и частные страховые предприятия, получившие разрешение на данный вид деятельности от Федерального департамента внутренних дел. Если страховщик оказывается неплатежеспособен, его функции выполняет Фонд (общее учреждение страховщиков, устав которого утверждается Федеральным департаментом внутренних дел).



## Статья 45. Полис обязательного медицинского страхования

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

2. Полис обязательного медицинского страхования обеспечивается федеральным электронным приложением, содержащимся в универсальной электронной карте, в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2010 года № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг». Единые требования к полису обязательного медицинского страхования устанавливаются правилами обязательного медицинского страхования.

1. Согласно Закону документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на территории Российской Федерации в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, является полис обязательного медицинского страхования.

В соответствии с ч. 2 ст. 50 комментируемого Закона с 1 мая 2011 г. для всех субъектов Российской Федерации действуют полисы единого образца. Их изготовление организуется Федеральным фондом обязательного медицинского страхования. Вместе с тем выданные до вступления Закона в силу полисы являются действующими до замены их на полисы единого образца.

Правила обязательного медицинского страхования устанавливают следующие требования к полису обязательного медицинского страхования. Полис может быть представлен в форме бумажного бланка или в форме пластиковой карты с электронным носителем. Для обеих форм полиса введены единые требования. Во-первых, полис является документом строгой отчетности и, соответственно, учет осуществляется как для бланка строгой отчетности. Во-вторых, и тот, и другой полис являются двусторон-

ними (имеют лицевую и обратную сторону, отражающие соответствующие сведения) и обладают защитным комплексом.

Вместе с тем различие носителей обуславливает дополнительные требования. Так, бумажный полис представляет собой лист формата А5, на лицевой стороне которого содержатся сведения о полисе и персональные данные застрахованного лица, заверяемые его подписью. Кроме того, на лицевой стороне размещается штрих — код, содержащий общую информацию о полисе и застрахованном лице. Обратная сторона полиса содержит сведения о страховой медицинской организации, избранной застрахованным лицом, заверенные подписью ее представителя и печатью.

Пластиковый полис с электронным носителем (электронный полис) имеет визуальные (графические) сведения о полисе и застрахованном лице. Кроме того, для застрахованных лиц старше 14 лет обязательно размещение на обратной стороне полиса фотографии. Для электронных полисов предусматривается возможность размещения (считывания) страхового и медицинского приложений. Посредством первого реализуется доступ застрахованного лица к получению услуг в сфере обязательного медицинского страхования, а также встраиваются изменяемые и неизменяемые данные о полисе и застрахованном лице. Медицинское приложение опосредует информацию о застрахованном лице, необходимую для оказания ему медицинской помощи.

Решение о выдаче бумажных или электронных полисов принимается территориальным фондом обязательного медицинского страхования исходя из технических возможностей субъектов Российской Федерации. Однако даже в случае принятия решения о выдаче застрахованным электронных полисов, последние выдаются по желанию застрахованных лиц.

2. Часть 2 комментируемой статьи является отсылочной к Федеральному закону от 27.07.2010 № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»<sup>278</sup>.

---

<sup>278</sup> СЗ РФ. 2010. № 31. Ст. 4179.

В соответствии с названным Законом, призванным упорядочить предоставление государственных и муниципальных услуг, на территории Российской Федерации вводится универсальная электронная карта, представляющая собой материальный носитель, содержащий зафиксированную на нем в визуальной и электронной формах информацию о пользователе и обеспечивающий доступ к информации о пользователе картой, используемой для удостоверения прав пользователя картой на получение государственных и муниципальных услуг, а также иных услуг (ст. 22).

В соответствии со ст. 25 Федерального закона «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг» универсальные электронные карты выдаются гражданам на основании заявлений о выдаче карт с 01.01.2012 г. по 31.12.2013 г. Однако законом субъекта Российской Федерации, а также постановлением Правительства Российской Федерации может быть установлен более ранний срок выдачи таких карт. Выдача карты является бесплатной.

Если граждане в пределах указанного срока не обратились с заявлениями о выдаче универсальной электронной карты и не подали заявление об отказе от получения карты, то право на получение карты не теряется. Статьей 26 Федерального закона «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг» установлено, что гражданам, не подавшим до 1 января 2014 г. заявлений о выдаче им универсальной электронной карты и не обратившимся с заявлениями об отказе от получения этой карты, универсальная электронная карта выдается на бесплатной основе уполномоченной организацией субъекта Российской Федерации с 1 января 2014 г. Если гражданин откажется от получения универсальной электронной карты, он сможет пользоваться полисом обязательного медицинского страхования. Граждане также могут отказаться от карты в любое время после ее получения: такая карта аннулируется в установленном порядке.

Универсальная электронная карта имеет электронные приложения, т.е. уникальные последовательности символов, записан-

ные на электронном носителе карты и предназначенные для авторизованного доступа пользователя такой картой к получению определенной услуги. Законом закреплено, что полис обязательного медицинского страхования, обуславливающий получение государственных услуг в системе обязательного медицинского страхования, входит в число федеральных приложений к универсальной электронной карте. Это означает, что получение таких услуг обеспечивается на всей территории Российской Федерации.

#### **Статья 46. Порядок выдачи полиса обязательного медицинского страхования застрахованному лицу**

1. Для получения полиса обязательного медицинского страхования застрахованное лицо лично или через своего представителя подает в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, заявление о выборе страховой медицинской организации, предусмотренное пунктом 2 части 2 статьи 16 настоящего Федерального закона, в страховую медицинскую организацию или при ее отсутствии в территориальный фонд.

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

1. В соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» предусматривается обязанность личного (или через представителя) обращения застрахованного лица для получения полиса обязательного медицинского страхования. При этом получение полиса обязательного медицинского страхования обусловлено фактом обращения с заявлением о выборе страховой медицинской организации. Таким образом, обращение с соответствующим заявлением значимо не только с точки зрения определения страховой медицинской организации, но и является юридическим фактом,

влекущим за собой получение полиса обязательного медицинского страхования.

Заявление о выборе страховой медицинской организации подается в страховую медицинскую организацию. В том случае, если такая организация отсутствует, то соответствующее заявление подается в территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

Застрахованное лицо подает заявление о выборе страховой медицинской организации лично или через своего представителя. В случаях, установленных законодательством, совершение такого юридически значимого действия, как подача заявления о выборе страховой медицинской организации, может осуществляться исключительно через законного представителя (для несовершеннолетних, лиц, признанных судом недееспособными).

Отношения представительства регламентируются гражданским и семейным законодательством.

В соответствии с п. 1 ст. 64 Семейного кодекса Российской Федерации родители являются законными представителями своих детей и выступают в защиту их прав и интересов в отношениях с любыми физическими и юридическими лицами, в том числе в судах, без специальных полномочий.

Кроме того, законными представителями, то есть представителями в силу закона, являются и опекуны. В соответствии с Федеральным законом от 24.04.2008 № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве»<sup>279</sup> опека является формой устройства малолетних граждан (не достигших возраста четырнадцати лет несовершеннолетних граждан) и признанных судом недееспособными граждан (подп. 1 ст. 2).

Исходя из Правил обязательного медицинского страхования, законными представителями в отношениях по обязательному медицинскому страхованию выступают также и попечители.

Выступать в качестве представителей совершеннолетних и дееспособных граждан могут лица, которым в порядке, установ-

---

<sup>279</sup> СЗ РФ. 2008. № 17. Ст. 1755.

ленном ст. 185 Гражданского кодекса Российской Федерации, имеющие доверенность, то есть письменное уполномочие, выдаваемое одним лицом другому лицу для представительства перед третьими лицами.

Непосредственно порядок подачи заявления о выборе страховой медицинской организации, процедура взаимодействия заявителя и субъекта, получающего такое заявление, регламентируется правилами обязательного медицинского страхования.

В соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования в заявлении о выборе страховой медицинской организации указываются следующие сведения:

- сведения о застрахованном лице (фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, страховой номер индивидуального лицевого счета, принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии), данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, контактная информация;

- сведения о представителе застрахованного лица (в том числе законном представителе) (фамилия, имя, отчество (при наличии), отношение к застрахованному лицу, данные документа, удостоверяющего личность, контактная информация;

- наименование страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом;

- сведения о полисе обязательного медицинского страхования (бумажный, электронный, электронный в составе универсальной электронной карты гражданина, отказ от получения полиса).

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

К заявлению о выборе (замене) страховой медицинской организации должны прилагаться определенные документы или их заверенные копии, установленные Правилами обязательного медицинского страхования.

2. Комментируемой статьей закрепляются обязанности страховой медицинской организации (территориального фонда обязательного медицинского страхования) при получении заявления о выборе страховой медицинской организации. В частности страховая медицинская организация (территориальный фонд обязательного медицинского страхования) обязана выдать обратившемуся лицу полис обязательного медицинского страхования либо временное свидетельство.

При этом на законодательном уровне закрепляется важнейшая гарантия прав застрахованных лиц. Полис обязательного медицинского страхования или временное свидетельство должны быть выданы в день получения соответствующего заявления. Таким образом, иные сроки получения указанных документов следует квалифицировать как нарушение законодательства.

Детально отношения по поводу выдачи полиса обязательного медицинского страхования регламентируются Правилами обязательного медицинского страхования. В них, в том числе указаны случаи получения временного свидетельства.

Что касается временного свидетельства, то оно подтверждает оформление полиса и удостоверяет право на бесплатное оказание застрахованным лицом медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая. Временное свидетельство действительно до момента получения полиса обязательного медицинского страхования, но не более тридцати рабочих дней с даты его выдачи.

Следует обратить внимание, что в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования временное свидетельство должно быть заверено подписью представителя страховой медицинской организации, уполномоченного на осуществление функций по выдаче временного свидетельства, печатью страховой медицинской организации. Кроме того, временное свиде-

тельство должно содержать определенные сведения, состав которых закрепляется Правилами обязательного медицинского страхования.

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

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

2. Данные персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, предоставляются медицинскими организациями в страховые медицинские организации в объеме и сроки, которые установлены договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

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

4. Медицинские организации, страховые медицинские организации и территориальные фонды определяют работников, допущенных к работе с данными персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, и обеспечивают их конфиденциальность в соответствии с установленными законодательством Российской Федерации требованиями по защите персональных данных.

5. После истечения срока, установленного для хранения копий документов на бумажном и электронном носителях в страховой ме-



дицинской организации, указанных в части 3 настоящей статьи, данные копии подлежат уничтожению в соответствии с законодательством Российской Федерации на основании акта об их уничтожении, утверждаемого руководителем страховой медицинской организации.

**6. Данные персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, указанные в части 1 настоящей статьи, подлежат хранению в соответствии с законодательством Российской Федерации.**

Комментируемая статья определяет вопросы взаимодействия субъектов обязательного медицинского страхования в рамках осуществления персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам.

**1.** Медицинские организации обязаны предоставлять сведения об оказанной медицинской помощи в соответствующий территориальный фонд и страховую медицинскую организацию. Предоставление сведений должно осуществляться в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета. В настоящий момент Порядок ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования установлен приказом Минздравсоцразвития России от 25 января 2011 г. № 29н<sup>280</sup>.

В соответствии с п. 3 Порядка персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах ведется в форме единого регистра застрахованных лиц, являющегося совокупностью его центрального и региональных сегментов, и включает в себя сбор, обработку, передачу и хранение следующих сведений о застрахованных лицах:

- 1) фамилия, имя, отчество;
- 2) пол;
- 3) дата рождения;
- 4) место рождения;

---

<sup>280</sup> Приказ Минздравсоцразвития России от 25 января 2011 г. № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования» // Российская газета. 2011. № 29.

## Глава 10

- 5) гражданство;
- 6) данные документа, удостоверяющего личность;
- 7) место жительства;
- 8) место регистрации;
- 9) дата регистрации;
- 10) страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования;
- 11) номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица;
- 12) данные о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом;
- 13) дата регистрации в качестве застрахованного лица;
- 14) статус застрахованного лица (работающий, неработающий).

Указанные сведения о каждом застрахованном лице вносятся в единый регистр застрахованных лиц.

Персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, включает в себя сбор, обработку, передачу и хранение следующих сведений:

- 1) номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица;
- 2) медицинская организация, оказавшая соответствующие услуги;
- 3) виды оказанной медицинской помощи;
- 4) условия оказания медицинской помощи;
- 5) сроки оказания медицинской помощи;
- 6) объемы оказанной медицинской помощи;
- 7) стоимость оказанной медицинской помощи;
- 8) диагноз;
- 9) профиль оказания медицинской помощи;
- 10) медицинские услуги, оказанные застрахованному лицу, и примененные лекарственные препараты;
- 11) примененные медико-экономические стандарты;

12) специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь;

13) результат обращения за медицинской помощью;

14) результаты проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

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

Медицинские организации представляют сведения о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в территориальный фонд.

Территориальный фонд в течение двух рабочих дней на основании регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц осуществляет автоматизированную обработку полученных от медицинских организаций сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам.

На этапе автоматизированной обработки сведений персонализированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в территориальном фонде производится:

1) идентификация застрахованного лица по региональному сегменту единого регистра застрахованных лиц, определение страховой медицинской организации, ответственной за оплату счета;

2) выявление застрахованных лиц, которым оказана медицинская помощь вне территории страхования, и определение их территории страхования;

3) направление в электронном виде результатов, полученных в порядке идентификации и выявления застрахованных лиц, получившим медицинскую помощь, в медицинскую орга-

низацию, оказавшую медицинскую помощь застрахованным лицам.

Медицинская организация по результатам автоматизированной обработки сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, представляет их в страховые медицинские организации в объеме и сроки, установленные договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (п. 32–35 Порядка).

**2.** Условия об объемах и сроках направления медицинскими организациями страховым данным персонифицированного учета сведений об оказанной медицинской помощи является диспозитивным. Эти вопросы регулируются в договоре на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Данные персонифицированного учета составляют сведения о каждом застрахованном лице в целях реализации прав граждан на бесплатное оказание медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования (ст. 43 комментируемого Федерального закона). Речь идет о персональных данных, под которыми в широком смысле понимается любая информация, относящаяся к определенному или определяемому на основании такой информации физическому лицу (субъекту персональных данных).

**3.** Страховые медицинские организации и медицинские организации обязаны хранить копии соответствующих документов, представляемых в территориальный фонд, на бумажном и электронном носителях.

Документ — материальный носитель с зафиксированной на нем в любой форме информацией в виде текста, звукозаписи, изображения и (или) их сочетания, который имеет реквизиты, позволяющие его идентифицировать, и предназначен для передачи во времени и в пространстве в целях общественного использования и хранения<sup>281</sup>.

---

<sup>281</sup> См.: ст. 1 Федерального закона от 29 декабря 1994 г. № 77-ФЗ «Об обязательном экземпляре документов» // СЗ РФ. 1995. № 1. Ст. 1

Как определено в п. 2, 3 ст. 3 Федерального закона от 22.10.2004 № 125-ФЗ «Об архивном деле в Российской Федерации»<sup>282</sup> архивный документ — это материальный носитель с зафиксированной на нем информацией, который имеет реквизиты, позволяющие его идентифицировать, и подлежит хранению в силу значимости указанных носителя и информации для граждан, общества и государства.

Копия документа — документ, полностью воспроизводящий информацию подлинника документа и его внешние признаки, не имеющий юридической силы.

Согласно ст. 2 Федерального закона от 27.07.2006 № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации»<sup>283</sup> электронный документ — документированная информация, представленная в электронной форме, то есть в виде, пригодном для восприятия человеком с использованием электронных вычислительных машин, а также для передачи по информационно-телекоммуникационным сетям или обработки в информационных системах.

В соответствии с нормами, закрепленными в Основных правилах работы архивов организаций (М., 2002), архивы могут быть структурным подразделением организации или частью службы ДОУ (п. 10.1.2). Вне зависимости от организационно-правовой формы архив должен выполнять следующие функции:

комплектование архива документами, состав которых предусмотрен положением об архиве;

учет и обеспечение сохранности документов;

создание научно-справочного аппарата к документам архива;

использование хранящихся в архиве документов;

подготовка и передача документов, относящихся к Архивному фонду РФ, на постоянное хранение в соответствии со сроками и требованиями, установленными Федеральной архивной службой (с 2004 г. — Федеральное архивное агентство) и органами управления архивным делом субъектов РФ.

---

<sup>282</sup> СЗ РФ. 2004. № 43. Ст. 4169.

<sup>283</sup> СЗ РФ. 2006. № 31 (1 ч.). Ст. 3448.

Архив организации в соответствии с положением о нем комплектуется делами постоянного, временного (свыше 10 лет) хранения, а также делами по личному составу.

**4.** Каждый гражданин в соответствии со ст. 23 Конституции Российской Федерации имеет право на личную тайну, к которой относятся также сведения о состоянии его здоровья, перенесенных или имеющихся заболеваниях.

Сведения о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, относятся к категории конфиденциальных сведений. В связи с этим к соответствующим сведениям предъявляются повышенные требования, касающиеся их сохранности и неразглашения. Конфиденциальные сведения — это информация, требующая защиты, доступ к которой ограничен в установленных пределах. Поэтому медицинские организации, страховые медицинские организации и территориальные фонды осуществляют необходимую защиту соответствующих сведений.

Для этих целей они обязаны определять работников, допущенных к работе с данными персонафицированного учета сведений об оказанной медицинской помощи, и вменять им в должностные обязанности соблюдение в тайне соответствующей информации, а также ответственность за их разглашение.

Конфиденциальность персональных данных — обязательное для соблюдения оператором или иным получившим доступ к персональным данным лицом требование не допускать их распространения без согласия субъекта персональных данных или наличия иного законного основания.

Конкретно на соответствующие организации возложена обязанность обеспечивать конфиденциальность сведений в рамках требований, установленных законодательством по защите персональных данных, в том числе путем блокирования к ним доступа, обезличивания и т.п.<sup>284</sup>

**5.** Законом установлены специальные сроки хранения страховыми организациями копий документов об оказании медицин-

---

<sup>284</sup> См.: Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ (ред. от 23.12.2010) «О персональных данных» // СЗ РФ. 2006. № 31 (1 ч.). Ст. 3451.

ской помощи в рамках обязательного медицинского страхования. По истечении установленных сроков хранения копии документов (на бумажном и электронном носителях) об оказанной медицинской помощи подлежат уничтожению.

Об уничтожении документов должен быть составлен соответствующий акт. Акт о выделении к уничтожению дел, не подлежащих хранению, составляется на дела всей организации. Если в акте указаны дела нескольких подразделений, то название каждого подразделения указывается перед группой заголовков дел этого подразделения. Заголовки однородных дел, отобранных к уничтожению, вносятся в акт под общим заголовком с указанием количества дел, отнесенных к данной группе.

Дела, подлежащие уничтожению, передаются на переработку (утилизацию). Передача дел оформляется приемо-сдаточной накладной, в которой указываются дата передачи, количество сдаваемых дел и вес бумажной макулатуры. Погрузка и вывоз на утилизацию осуществляются под контролем сотрудника, ответственного за обеспечение сохранности документов архива (п. 2.4.5, 2.4.7 Основных Правил работы архивов организаций).

6. Исходя из информационной значимости отдельных видов архивных документов, Закон об архивном деле в ст. 22 установил срок временного хранения в архивах организаций документов по личному составу, куда относятся сведения о личной и семейной тайне, в 75 лет. Следовательно, данные персонифицированного учета (сведения о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам) подлежат обязательному хранению в течение указанного срока.

## **Статья 48. Взаимодействие страховой медицинской организации и территориального фонда при ведении персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам**

**1. Страховые медицинские организации предоставляют сведения о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам,**

полученные от медицинских организаций и указанные в части 4 статьи 44 настоящего Федерального закона, в территориальный фонд в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета.

2. Данные персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, предоставляются страховыми медицинскими организациями в территориальный фонд в объеме и сроки, которые установлены договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, но не позднее 20-го числа месяца, следующего за отчетным.

3. На основании сведений, указанных в части 1 статьи 47 настоящего Федерального закона и части 1 настоящей статьи, территориальные фонды ведут персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в соответствии с настоящим Федеральным законом и порядком ведения персонифицированного учета.

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

5. Сведения, указанные в части 4 настоящей статьи, подлежат хранению в соответствии с правилами организации государственного архивного дела.

1. Частью 1 комментируемой статьи предусмотрен порядок предоставления сведений страховой медицинской организацией, о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, полученные от медицинских организаций в соответствующий территориальный фонд. Предоставления сведений от страховой медицинской организации в территориальный фонд должно осуществляться в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета.



Персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, включает в себя сбор, обработку, передачу и хранение следующих сведений<sup>285</sup>:

- 1) номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица;
- 2) медицинская организация, оказавшая соответствующие услуги;
- 3) виды оказанной медицинской помощи;
- 4) условия оказания медицинской помощи;
- 5) сроки оказания медицинской помощи;
- 6) объемы оказанной медицинской помощи;
- 7) стоимость оказанной медицинской помощи;
- 8) диагноз;
- 9) профиль оказания медицинской помощи;
- 10) медицинские услуги, оказанные застрахованному лицу, и примененные лекарственные препараты;
- 11) примененные медико-экономические стандарты;
- 12) специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь;
- 13) результат обращения за медицинской помощью;
- 14) результаты проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи относятся к информации ограниченного доступа и подлежат защите в соответствии с законодательством Российской Федерации<sup>286</sup>.

2. Частью 2 комментируемой статьи определен порядок предоставления данных персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, страховыми медицинскими организациями в территориальный фонд. Условия об объемах и сроках оказания направляются страховыми

<sup>285</sup> Приказ Минздравсоцразвития России от 25.01.2011 № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования».

<sup>286</sup> Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (ст. 19).

медицинскими организациями в сроки, которые предусмотрены договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. Сроки предоставления сведений в территориальный фонд могут быть установлены индивидуально для страховой медицинской организации, но не позднее 20-го числа месяца, следующего за отчетным.

Форма типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти по согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по нормативно-правовому регулированию в сфере страховой деятельности<sup>287</sup>.

3. Часть 3 комментируемой статьи устанавливает порядок ведения персонифицированного учета. На основании сведений, которые были получены медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, территориальные фонды ведут персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в соответствии с настоящим Федеральным законом и порядком ведения персонифицированного учета<sup>288</sup>.

Согласно Порядку ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, ведется в электронном виде медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями, работающими в системе обязательного медицинского страхования, и территориальными фондами (п. 30).

4. Часть 4 комментируемой статьи предусматривает, что сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицин-

---

<sup>287</sup> Приказ Минздравсоцразвития России от 24.12.2010 № 1185н «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования на 2011 год».

<sup>288</sup> Приказ Минздравсоцразвития России от 25.01.2011 № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования».

ской помощи могут предоставляться в территориальные фонды как в виде документов в письменной форме, так и в электронной форме при наличии гарантий их достоверности (подлинности), защиты от несанкционированного доступа и искажений в соответствии с установленными требованиями по защите персональных данных<sup>289</sup>. В этом случае юридическая сила представленных документов подтверждается электронной цифровой подписью в соответствии с Федеральным законом от 10.01.2002 № 1-ФЗ «Об электронной цифровой подписи». Решение о возможности представления информации в электронной форме принимается совместно участниками информационного обмена.

В случаях несоответствия сведений указанных на бумажных носителях и сведений на электронных носителях приоритет будет иметь сведения на бумажных носителях.

5. Частью 5 комментируемой статьи предусмотрено, что ведение персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в территориальных фондах, подлежит хранению в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 22.10.2004 № 125-ФЗ «Об архивном деле в Российской Федерации». Согласно ст. 22 указанного Закона, срок хранения составляет 75 лет.

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

1. Территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации ежеквартально не позднее 15-го числа второго месяца, следующего за отчетным периодом, предоставляет в соответствующий территориальный фонд сведения о работающих застрахованных

---

<sup>289</sup> Ст. 7 Федерального закона Российской Федерации от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

лицах, указанные в пунктах 1–10 и 14 части 2 статьи 44 настоящего Федерального закона.

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

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

4. Территориальные фонды в течение 15 рабочих дней со дня получения сведений о застрахованном лице, предусмотренных частями 1 и 2 настоящей статьи, вносят их в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц.

Ведение персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах — очень важная функция в сфере обязательного медицинского страхования. Она осуществляется в целях создания условий для обеспечения гарантий прав застрахованных лиц на бесплатное предоставление медицинской помощи территориальных программ обязательного медицинского страхования; создания условий для осуществления контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования; а также в целях определения потребности в объемах медицинской помощи для формирования базовой и территориальных программ обязательного медицинского страхования.

Статья 49 направлена на обеспечение бесперебойного функционирования единого регистра застрахованных лиц и создание четкой системы взаимодействия субъектов обязательного медицинского страхования на региональном уровне.

Комментируемая статья устанавливает основы взаимодействия территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации, страхователя для неработающих граждан и территориального фонда при ведении персонифицированного

учета сведений о застрахованных лицах. Более подробно взаимодействие указанных субъектов регламентируется приказом Минздравсоцразвития РФ от 25.01.2011 № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования» и «Соглашением об информационном обмене между Пенсионным фондом Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования»<sup>290</sup>.

1. Территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации (далее — ОПФР) ежеквартально не позднее 15-го числа второго месяца, следующего за отчетным периодом, представляет в соответствии с Соглашением об информационном обмене между Пенсионным фондом Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования в соответствующий территориальный фонд сведения о работающих застрахованных лицах для внесения их в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц.

Сведения о застрахованных лицах, которые подлежат передаче:

- 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) страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования;
- 14) статус застрахованного лица (работающий, неработающий).

---

<sup>290</sup> Утв. ПФ РФ № АД-30-32/09сог, ФОМС № 6547/20-1 31.12.2010.

2. Страхователь для неработающих граждан ежемесячно не позднее 5 числа каждого месяца предоставляет в соответствующий территориальный фонд сведения о неработающих застрахованных лицах, в соответствии с соглашениями об информационном обмене между территориальными фондами и страхователями для неработающих граждан в субъектах Российской Федерации, и по форме, утверждаемой Федеральным фондом и Пенсионным фондом Российской Федерации.

Сведения о застрахованных лицах, которые подлежат передаче:

- 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) страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования;
- 14) статус застрахованного лица (работающий, неработающий).

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

В соответствии с Соглашением об информационном обмене между Пенсионным фондом Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования взаимодействие ОПФР и ТФОМС осуществляются ежедневно, ежемесячно, ежеквартально и ежегодно.

Ежедневно передаются сведения о платежах страхователей в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования граждан и ТФОМС, об исполненных органами Федерального казначейства решениях ОПФР о зачете и об уточнении принадлежности платежей, в части платежей, относящихся к ФОМС и ТФОМС в соответствии с требованиями к форматам текстовых файлов, используемых при информационном взаимодействии между органами Федерального казначейства и участниками бюджетного процесса, а также сведения о регистрации (снятии с регистрационного учета) страхователей в ОПФР в качестве плательщиков на основании сведений о юридических лицах и индивидуальных предпринимателях из Единого государственного реестра юридических лиц и Единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей.

Ежемесячно с даты подписания протокола информационного обмена передаются сведения о регистрации (снятии с регистрационного учета) страхователей в ОПФР в качестве плательщиков, в том числе отдельных категорий страхователей, особенности постановки на учет которых установлены постановлением Правительства Российской Федерации (за исключением зарегистрированных в Едином государственном реестре юридических лиц и Едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей), и сведения о платежах на обязательное медицинское страхование страхователей (плательщиков) — физических лиц, агрегированные за месяц (по каждому плательщику).

Ежеквартально передаются данные расчетов по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное пенсионное страхование в Пенсионный фонд Российской Федерации, страховым взносам на обязательное медицинское страхование в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования плательщиками страховых взносов, производящими выплаты и иные вознаграждения физическим лицам, в части страховых взносов на обязательное медицинское страхование (по каждому плательщику).

Ежегодно передаются данные расчетов по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное пенсионное страхование в Пенсионный фонд Российской Федерации, страховым взносам на обязательное медицинское страхование в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования плательщиками страховых взносов, не производящими выплаты и иные вознаграждения физическим лицам (по каждому плательщику).

Кроме того, ТФОМС ежемесячно на основании сведений о государственной регистрации смерти, предоставленных органами записи актов гражданского состояния в соответствии со ст. 12 Федерального закона от 15 ноября 1997 г. № 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния» проводит актуализацию регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц, уведомляет об этом страховые медицинские организации на территории субъекта Российской Федерации и направляет информационные файлы со сведениями о государственной регистрации смерти на территории субъекта Российской Федерации по лицам, сведения о которых отсутствуют в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц, в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования для актуализации центрального сегмента единого регистра застрахованных лиц.

**4.** Территориальные фонды в течение 15 рабочих дней со дня получения сведений о застрахованном лице, предусмотренных ч. 1 и 2 настоящей статьи, вносят их в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц.

Территориальный фонд актуализирует региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц на основании сведений, получаемых от Федерального фонда из центрального сегмента единого регистра застрахованных лиц, а также осуществляет общий контроль за региональным сегментом единого регистра застрахованных лиц. В случае обнаружения ошибок и несоответствий территориальный фонд направляет соответствующую информацию страховой медицинской организации с указанием перечня несоответствий и сроков их исправления.



## Статья 49

За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по Соглашению об информационном обмене стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

# Глава 11

## Заключительные положения

### Статья 50. Программы модернизации здравоохранения

1. В период 2011–2012 годов в целях повышения качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой застрахованным лицам, осуществляется реализация региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и программ модернизации федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь (далее также — программы модернизации здравоохранения).

2. Финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации осуществляется за счет доходов, поступающих в бюджет Федерального фонда от средств страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размере два процентных пункта в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 2009 года № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования», средств бюджетов субъектов Российской Федерации и бюджетов территориальных фондов.

3. Предусмотренные в бюджете Федерального фонда средства на финансовое обеспечение региональных программ модернизации

здравоохранения субъектов Российской Федерации направляются на следующие цели:

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

2) внедрение современных информационных систем в здравоохранение в целях перехода на полисы обязательного медицинского страхования единого образца, в том числе обеспеченных федеральным электронным приложением универсальной электронной карты, внедрение телемедицинских систем, систем электронного документооборота и ведение медицинских карт пациентов в электронном виде;

3) внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами.

4. Региональная программа модернизации здравоохранения субъекта Российской Федерации включает в себя паспорт системы здравоохранения субъекта Российской Федерации, перечень и стоимость мероприятий, направленных на реализацию целей, указанных в части 3 настоящей статьи, целевые значения показателей реализации программы модернизации здравоохранения, а также индикаторы реализации мероприятий указанной программы.

5. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за обоснованность стоимости мероприятий, установленных региональными программами модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации.

6. Предусмотренные в бюджете Федерального фонда средства на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации предоставляются из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов в виде субсидий. Из бюджетов территориальных фондов указанные средства предоставляются:

1) бюджету субъекта Российской Федерации в виде иных межбюджетных трансфертов на цели, установленные пунктами 1 и 2 части 3 настоящей статьи, для последующего использования государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения, участвующими в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;

2) страховым медицинским организациям на цели, установленные пунктом 3 части 3 настоящей статьи, для последующего предоставления медицинским организациям, участвующим в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

7. Предусмотренные в бюджете Федерального фонда средства на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации предоставляются и расходуются в порядке, установленном Правительством Российской Федерации. В целях финансового обеспечения региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации заключаются соглашения высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации с уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и Федеральным фондом в порядке, определяемом уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

8. Порядок реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами, устанавливается Правительством Российской Федерации.

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

10. Остатки средств на 1 января 2012 года, образовавшиеся в бюджетах территориальных фондов в результате неполного использо-

вания в 2011 году средств на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, направляются на цели, указанные в части 3 настоящей статьи, в 2012 году. Остатки средств на 1 января 2013 года, образовавшиеся в бюджетах территориальных фондов в результате неполного использования в 2012 году средств на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, направляются на цели, указанные в части 3 настоящей статьи, в 2013 году.

11. Остатки средств на 1 января 2012 года, образовавшиеся в бюджете Федерального фонда в результате неполного использования в 2011 году средств на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, направляются на те же цели в 2012 году. Остатки средств на 1 января 2013 года, образовавшиеся в бюджете Федерального фонда в результате неполного использования в 2011 и 2012 годах средств на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, направляются на увеличение нормированного страхового запаса Федерального фонда в 2013 году.

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

сударственным учреждениям, оказывающим медицинскую помощь, на финансовое обеспечение реализации программ модернизации федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь.

13. Порядок и форма предоставления отчетности о реализации мероприятий программ модернизации здравоохранения устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, порядок и форма предоставления отчетности об использовании средств на цели, определенные в частях 1 и 12 настоящей статьи, устанавливаются Федеральным фондом.

14. Контроль за использованием средств, предусмотренных на финансовое обеспечение программ модернизации здравоохранения, осуществляется Федеральным фондом, федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в финансово-бюджетной сфере, Счетной палатой Российской Федерации.

15. Контроль за реализацией мероприятий программ модернизации здравоохранения осуществляется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и Федеральным фондом.

1. Статья 50 комментируемого Закона регулирует порядок принятия и реализации программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, а также программ модернизации федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь.

Здравоохранение как приоритетная сфера социальной политики государства, затрагивающая конституционно гарантированные права граждан, требует пристального внимания государства как с точки зрения развития нормативного правового регулирования, отвечающего современным потребностям развития экономики, так и с точки зрения совершенствования финансовых инструментов. Законом предлагается целевая система финансирования сферы здравоохранения в субъектах Российской Федерации. Данная система основана на дополнительном привлечении средств обязательного медицинского страхования в совокупности с собственными средствами бюджетов субъектов

Российской Федерации и имеет ограниченный временной период (2011–2012 годы).

Программы модернизации имеют статус региональных программ в области охраны здоровья граждан, разрабатываются и утверждаются субъектами Российской Федерации в целях повышения качества и доступности медицинской помощи на территории субъектов Российской Федерации.

**2. Финансирование мероприятий в рамках региональных программ модернизации осуществляется за счет:**

1) доходов, поступающих в бюджет обязательного медицинского страхования, а также региональных бюджетов — в части медицинской помощи, входящей в базовую программу обязательного медицинского страхования;

2) средств бюджетов субъектов Российской Федерации — в части медицинской помощи, не входящей в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Еще один источник финансового обеспечения, установленный Законом — средства бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Законом определено, что финансовое обеспечение за счет доходов, поступающих в бюджет Федерального фонда, формируется от средств страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размере два процента в соответствии с Федеральным законом от 24.07.2009 № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования».

Более конкретно направления и размер финансового обеспечения региональных программ модернизации за счет средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, бюджетов субъектов Российской Федерации и бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования определяется соглашениями высших органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, заключаемых с Министерством здравоохранения и социального развития Рос-

сийской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, о финансовом обеспечении региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации на 2011–2012 годы.

3. Законом устанавливается строгое целевое предназначение средств, направляемых из Федерального фонда обязательного медицинского страхования, на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения.

В числе этих целей:

1) укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, текущий и капитальный ремонт государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, приобретение медицинского оборудования;

2) внедрение современных информационных систем в здравоохранение в целях перехода на полисы обязательного медицинского страхования единого образца, в том числе обеспеченных федеральным электронным приложением универсальной электронной карты, внедрение телемедицинских систем, систем электронного документооборота и ведение медицинских карт пациентов в электронном виде;

3) внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами.

Размер субсидий Федерального фонда обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения определяется Правительством Российской Федерации. В соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 27.01.2010 № 2396-р<sup>291</sup> объем финансовых средств, направляемых на реализацию региональных программ модернизации в 2011–2012 году, составит 385,343 млрд руб.

Законом устанавливается ограничение в отношении объектов здравоохранения, мероприятия по завершению строитель-

---

<sup>291</sup> СЗ РФ. 2011. № 1. Ст. 263.



ства которых могут быть включены в региональные программы модернизации здравоохранения: техническая готовность указанных объектов на 1 января 2011 года должна составлять не менее 80 процентов фактически произведенных застройщиком затрат от сметной стоимости строительства объекта. Это означает, что не могут быть включены в число завершаемых строительством объектов в рамках программы модернизации те объекты здравоохранения, техническую готовность которых планируется довести до уровня 80 процентов фактически произведенных застройщиком затрат от сметной стоимости строительства объекта после 31 декабря 2010 года, а также те объекты, уровень фактических затрат на начатое строительство которых имеет менее 80 процентов от сводной сметной стоимости строительства.

В целях обоснования стоимости мероприятий по капитальному и текущему ремонту государственных и муниципальных учреждений здравоохранения и определения лимита средств на такие мероприятия приказом Министерства регионального развития Российской Федерации от 21.01.2011 № 8 (с изменениями, внесенными приказом от 04.03.2011 № 81) утверждены укрупненные нормативы предельной цены капитального и текущего ремонта в 2011–2012 годах.

В числе основных мероприятий по внедрению современных информационных систем:

- 1) введение персонифицированного учета оказанных медицинских услуг, ведение электронной медицинской карты гражданина, электронная запись к врачу и др.;
- 2) ведение единого регистра медицинских работников, электронного паспорта медицинского учреждения и паспорта системы здравоохранения субъекта Российской Федерации.

Данные мероприятия подразумевают целый комплекс организационных, технических иных мер, в том числе обеспечение медицинских организаций специальным оборудованием и программными продуктами, создание специальных информационных ресурсов и др.

Следует отметить, что мероприятия по информатизации государственных учреждений здравоохранения субъекта Российской Федерации и муниципальных учреждений здравоохранения в части медицинской помощи, не входящей в базовую программу обязательного медицинского страхования, как и мероприятия по информатизации учреждений здравоохранения, не участвующих в системе обязательного медицинского страхования, могут тем не менее быть включены в Программу. В таком случае финансирование работ обеспечивается за счет средств субъекта Российской Федерации. Не исключается проведение дополнительных работ в части информатизации здравоохранения в рамках мероприятий Программы, осуществляемых за счет средств субъекта Российской Федерации.

В числе целей реализации региональных программ модернизации здравоохранения названо также внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами. Правительством Российской Федерации принято постановление от 7 февраля 2011 г. № 60<sup>292</sup>, регламентирующее порядок реализации мероприятий, направленных на повышение доступности амбулаторной медицинской помощи.

Согласно названному постановлению Правительства Российской Федерации определены следующие направления таких мероприятий:

а) обеспечение укомплектованности медицинских организаций врачами-специалистами и специалистами со средним медицинским образованием, оказывающими амбулаторную медицинскую помощь;

б) предоставление амбулаторной медицинской помощи, в том числе врачами-специалистами, в соответствии со стандартами ее оказания, включая обеспечение лекарственными препаратами и расходными материалами, необходимыми для проведения диагностических и лечебных мероприятий;

---

<sup>292</sup> СЗ РФ. 2011. № 7. Ст. 991.

в) введение ориентированной на результаты деятельности системы оплаты труда врачей-специалистов и специалистов со средним медицинским образованием, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь.

Реализация мероприятий в рамках данной системы позволит осуществлять дополнительные выплаты медицинскому персоналу, оказывающему амбулаторную медицинскую помощь, в зависимости от показателей эффективности и качества их деятельности. Минздравсоцразвития России принят приказ от 21.02.2011 № 145н «Об утверждении показателей оценки деятельности специалистов с высшим и средним медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной помощи», определяющий показатели оценки деятельности указанных специалистов, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи.

**4.** Часть 4 комментируемой статьи регламентирует структуру региональной программы модернизации здравоохранения субъекта Российской Федерации. Такая программа, согласно Закону, включает в себя:

- паспорт системы здравоохранения субъекта Российской Федерации;
- перечень и стоимость мероприятий, направленных на реализацию целей программы;
- целевые значения показателей реализации программы модернизации здравоохранения;
- индикаторы реализации мероприятий указанной программы.

Паспорт программы, как правило, содержит следующие разделы: 1) основные социально-экономические показатели субъекта Российской Федерации; 2) инфраструктура здравоохранения, отражающая классификацию учреждений по уровням оказания медицинской помощи; 3) раздел, содержащий основные характеристики территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи; 4) информация, отражающая состояние разви-

тия информационной базы здравоохранения субъекта Российской Федерации.

Целевые значения показателей реализации программы модернизации здравоохранения позволяют оценить результативность осуществленных мероприятий в период 2011–2012 гг. В соответствии с Правилами финансового обеспечения в 2011–2012 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 15.02.2011 № 85<sup>293</sup>, в целях стимулирования субъектов Российской Федерации, обеспечивших лучшие показатели реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, размер субсидий, направляемых указанным субъектам Российской Федерации, увеличивается по итогам 2011 года и первой половины 2012 года в соответствии с критериями, определяемыми Минздравсоцразвития России. Дополнительные бюджетные ассигнования направляются на цели реализации программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации по решению органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации с внесением соответствующих изменений в соглашения высших органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, заключаемые с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, о финансовом обеспечении региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации на 2011–2012 годы.

5. Закон устанавливает ответственность органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации за обоснованность стоимости мероприятий, установленных региональными программами модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации. Данная норма носит бланкетный характер, предпо-

---

<sup>293</sup> СЗ РФ. 2011. № 8. Ст. 1126.

лагаая применение соответствующих видов ответственности, предусмотренных административным и уголовным законодательством.

**6.** Частью 6 комментируемой статьи определяется порядок направления предусмотренных в бюджете Федерального фонда средств на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации. Закон устанавливает, что средства Федерального фонда предоставляются из его бюджета бюджетам территориальных фондов в виде субсидий.

В свою очередь, территориальные фонды представляют указанные средства: а) бюджету субъекта Российской Федерации в виде межбюджетных трансфертов на укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, участвующих в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, и на внедрение в них современных информационных систем; б) страховым медицинским организациям для последующего предоставления медицинским организациям, участвующим в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

Так, данные средства расходуются на оплату работ и услуг на основании договоров (дополнительных соглашений к ним) о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключаемых территориальным фондом и страховыми медицинскими организациями, в части внедрения стандартов медицинской помощи, повышения доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами. При отсутствии на территории субъекта Российской Федерации страховых медицинских организаций средства расходуются в соответствии с договорами (дополнительными соглашениями к договорам) на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заклю-

чаемыми территориальным фондом и медицинскими организациями.

7. Закон устанавливает, что средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования, направляемые на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения, предоставляются и расходуются в порядке, установленном Правительством Российской Федерации. Закон предусматривает заключение соглашений высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации с уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и Федеральным фондом, направленных на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 15 февраля 2011 г. № 85 утверждены Правила финансового обеспечения в 2011–2012 гг. региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее — Правила финансового обеспечения региональных программ модернизации здравоохранения).

Согласно названным Правилам условием заключения соглашения Минздравсоцразвития России, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации являются:

– наличие утвержденной высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации региональной программы модернизации здравоохранения субъекта Российской Федерации с обоснованием стоимости мероприятий, предусмотренных указанной программой. Так, например, в Республике Татарстан программа «Модернизация здравоохранения Республики Татарстан на 2011–2012 годы» утверждена постановлением Кабинета министров от 10.03.2011 № 179;

– наличие предусмотренных в бюджете субъекта Российской Федерации на 2011 и 2012 гг. бюджетных ассигнований на фи-

нансовое обеспечение региональной программы модернизации здравоохранения и в целом сферы здравоохранения.

Правилами устанавливаются и иные требования, обязательные для заключения соответствующих соглашений.

Приказом Минздравсоцразвития России от 17.02.2011 № 141н (с изменениями, внесенными приказом от 11.03.2011 № 193н) утвержден Порядок заключения соглашений высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации с Минздравсоцразвития России и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования о финансовом обеспечении региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации на 2011–2012 годы. Порядок устанавливает более подробный перечень требований к содержанию таких соглашений. Так, согласно Порядку такое соглашение должно содержать:

1) условия предоставления субсидий из бюджета Фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов;

2) условия и порядок приостановления предоставления субсидий или уменьшения их размера;

3) обязанности высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации по обеспечению финансирования мероприятий программы за счет средств бюджета субъекта в установленных объемах и сроках; по определению органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации, ответственных за обоснованность стоимости мероприятий; по предоставлению в Минздравсоцразвития России и Фонд обязательного медицинского страхования необходимых отчетов и др.;

4) обязанности Минздравсоцразвития России по организационному и методическому руководству и контролю за реализацией программ модернизации;

5) обязанности Фонда обязательного медицинского страхования по предоставлению соответствующих финансовых средств, контролю и др.

Соглашение подписывается в трех экземплярах для каждой из участвующих сторон.

Субсидии предоставляются из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных в бюджете Фонда на 2011 и 2012 гг., и в соответствии с названными соглашениями. Графики перечисления средств на финансовое обеспечение региональных программ модернизации с распределением средств по реализуемым задачам являются приложением к соглашению.

Одной из важнейших целевых составляющих региональных программ модернизации является внедрение стандартов и повышение доступности амбулаторной медицинской помощи. Порядок финансового обеспечения и реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной помощи установлен постановлениями Правительства Российской Федерации от 15 февраля 2011 г. № 85 и от 7 февраля 2011 г. № 60.

Согласно п. 10 Правил финансового обеспечения региональных программ модернизации здравоохранения средства на внедрение стандартов и повышение доступности амбулаторной медицинской помощи предоставляются страховым медицинским организациям при наличии заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. При этом договоры должны предусматривать: а) мероприятия, направленные на внедрение стандартов и повышение доступности амбулаторной медицинской помощи (предоставление стационарной и амбулаторной медицинской помощи с учетом внедрения стандартов ее оказания; обеспечение укомплектованности медицинских организаций врачами-специалистами и специалистами со средним медицинским образованием, оказывающими амбулаторную медицинскую помощь; введение ориентированной на результаты деятельности системы оплаты труда специалистов, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь); б) условия использования средств, полученных на повышение доступности амбулаторной медицинской помощи (направление не менее 70 про-



центров указанных средств на осуществление стимулирующих выплат и не более 30 процентов на обеспечение лекарственными препаратами и расходными материалами).

Включение названных положений в договоры является обязательным условием реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи и осуществляется субъектами Российской Федерации самостоятельно в рамках:

1) обязательств территориального фонда обязательного медицинского страхования в отношении страховой медицинской организации выполнять иные обязанности, предусмотренные законодательством об обязательном медицинском страховании (п. 2.32 формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 24.12.2010 № 1185н);

2) обязательств страховой медицинской организации в отношении территориального фонда обязательного медицинского страхования (п. 4.16 формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 24.12.2010 № 1185н), в отношении медицинской организации (п. 2.7 формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 24.12.2010 № 1184н);

3) обязательств страховой медицинской организации в отношении медицинской организации (п. 4.16 формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 24.12.2010 № 1184н).

Для получения средств на внедрение стандартов и повышение доступности амбулаторной медицинской помощи страховые медицинские организации ежемесячно формируют заявки в территориальные фонды в порядке и по форме, установленным приказом Фонда обязательного медицинского страхования от 22.02.2011 № 40 «Об утверждении порядка формирования и формы заявки на получение средств на внедрение стандартов

медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами».

При наличии таких заявок территориальные фонды перечисляют соответствующие средства страховым медицинским организациям. Страховая медицинская организация, в свою очередь, перечисляет средства на внедрение стандартов и повышение доступности амбулаторной медицинской помощи на счет медицинской организации.

Страховые медицинские организации и медицинские организации отражают обособленно в бухгалтерском учете поступление и расходование средств в рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и ежемесячно представляют соответственно в территориальные фонды и страховые медицинские организации отчеты о поступлении и расходовании средств. Порядок предоставления отчетности установлен приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16.12.2010 № 240 (с изменениями, внесенными приказом от 15.03.2011 № 53).

Согласно Правилам Федеральный фонд обязательного медицинского страхования по согласованию с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации вправе приостанавливать предоставление субсидии при несоблюдении субъектом Российской Федерации условий соглашения и сроков реализации мероприятий, установленных региональной программой модернизации здравоохранения субъекта Российской Федерации, вплоть до устранения оснований для такого приостановления.

**8.** Закон относит к компетенции Правительства Российской Федерации определение порядка реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами. Такой порядок, как было отмечено выше, утвержден постановлением Правительства Российской Федерации от 7 февраля 2011 г. № 60.

Согласно подп. «б» п. 7 Правил финансового обеспечения региональных программ модернизации здравоохранения оплата

работ и услуг осуществляется в соответствии с договорами о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключаемыми территориальным фондом и страховыми медицинскими организациями. Общий размер средств на финансирование указанных мероприятий устанавливается в программе модернизации, в том числе размер выплаты на одного специалиста. Методика оценки деятельности специалистов, перечень специальностей устанавливается субъектом Российской Федерации. Показатели оценки определены приказом Минздравсоцразвития России от 21.02.2011 № 145н. При этом минимальные значения показателей оценки деятельности специалистов устанавливаются органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации. Ими также могут быть установлены дополнительные показатели оценки деятельности специалистов.

**9.** Закон определяет условия предоставления средств на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в 2011 и 2012 гг., к числу которых отнесено собственное финансирование сферы здравоохранения субъектов Российской Федерации и наличие ранее рассмотренных соглашений.

**10.** Закон устанавливает порядок распределения остатков средств на 1 января 2012 г., образовавшиеся в бюджетах территориальных фондов в результате неполного использования в 2011 г. средств на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации. Такие остатки направляются на цели реализации региональных программ модернизации, указанные в Законе, в 2012 г. Аналогичный порядок установлен для распределения остатков средств на 1 января 2013 г.

**11.** В отношении остатков средств в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования Закон предусматривает иной порядок. Остатки средств на 1 января 2012 г., образовавшиеся в бюджете Федерального фонда в результате неполного использования в 2011 г. средств на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения

субъектов Российской Федерации, направляются на те же цели в 2012 г. Остатки средств на 1 января 2013 г., образовавшиеся в бюджете Федерального фонда в результате неполного использования в 2011 и 2012 гг. средств на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, направляются на увеличение нормированного страхового запаса Федерального фонда в 2013 г.

**12.** Закон относит определение порядка и формы предоставления отчетности о реализации мероприятий программ модернизации здравоохранения к компетенции Минздравсоцразвития России, об утверждении порядка и формы предоставления отчетности об использовании средств на цели, установленные Законом, — к компетенции Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Приказом Минздравсоцразвития России от 30 декабря 2010 г. № 1240н утверждены: Порядок предоставления отчетности о реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и форма отчета; Порядок предоставления отчетности о реализации мероприятий программ модернизации федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, и форма отчета.

В соответствии с Порядком предоставления отчетности о реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации отчет включает сведения о реализации мероприятий региональной программы модернизации здравоохранения субъекта Российской Федерации государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения и иными медицинскими организациями. Предусматривается разная периодичность представления отчетных сведений. Отчет представляется уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в электронном виде. Постановлением Правительства Российской Федерации от 15 февраля 2011 г. № 85

также предусмотрено предоставление указанной отчетности в территориальные фонды обязательного медицинского страхования.

Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16 декабря 2010 г. № 240 утверждены Порядок предоставления отчетности об использовании средств на цели по реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в период 2011–2012 гг. и форма отчета.

Согласно положениям Порядка отчетность составляется по состоянию на первое число месяца, следующего за отчетным, и предоставляется ежемесячно. К субъектам отчетности отнесены: а) территориальные фонды обязательного медицинского страхования; б) уполномоченные органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации; в) страховые медицинские организации; г) медицинские организации.

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 15 февраля 2011 г. № 85 соблюдение высшим исполнительным органом государственной власти субъектов Российской Федерации сроков и порядка предоставления отчетности является условием предоставления субсидий Федерального фонда обязательного медицинского страхования на данные цели. Последним днем представления отчетности в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования указанных отчетов является 15 число месяца, следующего за отчетным периодом.

### **13. Закон возлагает контроль:**

– за использованием средств, предусмотренных на финансовое обеспечение программ модернизации здравоохранения, — на Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по контролю и надзору в финансово-бюджетной сфере, Счетную палату Российской Федерации:

– за реализацией мероприятий программ модернизации здравоохранения — на Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.

## Статья 51. Заключительные положения

1. Лица, застрахованные по обязательному медицинскому страхованию до дня вступления в силу настоящего Федерального закона, обладают правами застрахованных лиц в соответствии с настоящим Федеральным законом.

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

3. С 1 января 2011 года по 31 декабря 2012 года тариф на оплату медицинской помощи:

1) в части базовой программы обязательного медицинского страхования включает в себя расходы, определенные Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации;

2) в части территориальных программ обязательного медицинского страхования может включать в себя часть расходов на оплату труда, начисления на выплаты по оплате труда (в части прочих выплат), расходы на оплату услуг связи, транспортных и коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

4. С 1 января 2011 года по 31 декабря 2012 года территориальная программа обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации может включать в себя оказание медицинской помощи при отдельных заболеваниях и состояниях здоровья, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, без соблюдения условия выполнения нормативов, установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, при сохранении объема финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования не ниже уровня 2010 года, в том числе в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования. Дополнительные основания, виды и условия оказания медицинской помощи, перечень страховых случаев, а также связанные с ними объемы страхового обеспечения утверждаются территориальной программой обязательного медицинского страхования отдельно от установленных оснований, видов, условий оказания медицинской помощи, перечня страховых случаев, объемов соответствующего страхового обеспечения базовой программой обязательного медицинского страхования.

5. Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования с 1 января 2013 года. Порядок передачи бюджетных ассигнований бюджетов бюджетной системы Российской Федерации в бюджеты фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) устанавливается федеральным законом, определяющим размер тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

6. Финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования с 1 января 2015 года.

7. В период 2012–2014 годов размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в субъекте Российской Федерации определяется в следующем порядке:

1) в 2012 году размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения не может быть менее фактического размера страховых взносов на обязательное медицин-

ское страхование неработающего населения в 2010 году и 25 процентов разницы между размером страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, рассчитанным в соответствии с частью 2 статьи 23 настоящего Федерального закона, и фактическим размером страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2010 году;

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

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

4) в 2012–2014 годах размер тарифа страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в соответствии с частью 2 статьи 23 настоящего Федерального закона устанавливается с учетом передаваемых расходов консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации, подлежащих включению в территориальную программу обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, расходов бюджета субъекта Российской Федерации на содержание медицинских организаций в соответствии с частью 7 статьи 35 настоящего Федерального закона и расходов на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи.

8. В 2012 году размер субвенций из бюджета Федерального фонда бюджету территориального фонда исчисляется как сумма стра-



ховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения соответствующего субъекта Российской Федерации, страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения, исчисляемых на территории соответствующего субъекта Российской Федерации по тарифу два процента, и объема дотаций, предусмотренного в бюджете Федерального фонда соответствующего субъекта Российской Федерации на 2011 год.

9. Федеральное имущество, закрепленное за территориальными фондами на праве оперативного управления до дня вступления в силу настоящего Федерального закона, передается в собственность соответствующих субъектов Российской Федерации в срок до 1 июля 2011 года и используется территориальными фондами на праве оперативного управления.

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

11. В 2011 году:

1) уплата страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения осуществляется страхователями путем перечисления суммы ежемесячного обязательного платежа в бюджеты территориальных фондов;

2) страхователи для неработающих граждан обязаны вести учет средств, перечисляемых на обязательное медицинское страхование неработающего населения в территориальные фонды;

3) суммы начисленных недоимок по взносам, налоговым платежам, начисленных пеней и штрафов подлежат уплате в бюджеты территориальных фондов в соответствии с законодательством Российской Федерации;

4) страхователи для неработающих граждан самостоятельно начисляют пени на всю сумму недоимки за период просрочки и отражают ее в форме расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего

населения, утверждаемой уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

5) средства из бюджета Федерального фонда на финансовое обеспечение реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования предоставляются в виде дотаций в объеме, установленном федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период.

12. С 2011 года размер бюджетных ассигнований на уплату страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения должен включать в себя в полном объеме финансовое обеспечение видов медицинской помощи и включенных в тариф на оплату медицинской помощи статей расходов в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования на соответствующий год, ранее финансируемых из консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации.

13. До дня вступления в силу федерального закона о государственных социальных фондах правовое положение:

1) Федерального фонда определяется действующим до дня вступления в силу указанного федерального закона Уставом Федерального фонда обязательного медицинского страхования;

2) территориального фонда определяется положением о территориальном фонде, принятым в соответствии с типовым положением о территориальном фонде, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и действующим до дня вступления в силу указанного федерального закона.

14. В 2011 году заключение договоров территориальных фондов со страховыми медицинскими организациями и их исполнение осуществляются в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования.

Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» внес серьезные изменения в систему обязательного медицинского страхования, что потребовало от законодателя решения ряда вопросов, связанных с переходом на новые правила. К ним относятся установление гарантий прав уже застрахованных лиц на момент вступления данного

Федерального закона, определение особенностей финансирования обязательного медицинского страхования на переходный период, а также особенностей установления правового статуса Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования в этот период. Поэтому в указанный Федеральный закон была включена статья, закрепляющая механизмы перестройки обязательного медицинского страхования в соответствии с новыми требованиями.

Следует отметить, что ст. 51 кроме собственно заключительных положений, устанавливающих преемственность в регулировании ряда вопросов в области обязательного медицинского страхования с предшествующим законодательством, содержит также нормы, по сути, устанавливающие положения, определяющие особенности функционирования системы обязательного медицинского страхования на переходный период. Поэтому, несмотря на то, что в соответствии со ст. 53 Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» вступил в силу с 01.01.2011 г., а отдельные его положения — с 01.01.2012 г., во время переходного периода нормы данного Федерального закона, закрепленные в его основных главах, должны применяться с учетом положений ст. 51. Окончание переходного периода обусловлено несколькими юридическими фактами.

Во-первых, определенные сроки. Это касается в основном вопросов финансирования в системе обязательного медицинского страхования. Например, для тарифов на оплату медицинской помощи установлены особенности с 01.01.2011 г. по 31.12.2012 г. До 01.01.2013 г. финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования с 1 января 2013 г. На период с 2012 по 2014 г. установлены особенности определения размеров страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в субъекте Российской Федерации.

Во-вторых, вступление в силу определенных нормативных правовых актов, а именно федерального закона о государственных социальных фондах.

Введение особенностей функционирования отдельных элементов системы обязательного медицинского страхования в переходный период потребовалось с учетом того, что часть положений Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» вступает в силу не с 01.01.2011 г., а с 01.01.2012 г. Кроме того, введение переходного периода было обусловлено и сжатыми сроками вступления в силу большинства положений и невозможностью реализовать часть норм без проведения подготовительной работы.

Законодатель устанавливает преемственность обязательств государства в системе обязательного медицинского страхования. Принятие нового законодательного акта в данной области не должно нарушать права лиц, являвшихся застрахованными на основании Закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Тем самым обеспечивается один из важнейших принципов социальной политики государства, а именно: принципа предсказуемости, который, в том числе, означает, что участники соответствующих правоотношений могли в разумных пределах предвидеть последствия своего поведения и быть уверенными в неизменности своего официально признанного статуса и действенности государственной защиты наполняющих его прав, т.е. в том, что возникшее у них на основе действующего законодательства право будет уважаться властями и будет реализовано<sup>294</sup>.

---

<sup>294</sup> Именно таким образом понимается принцип предсказуемости в решениях Конституционного Суда Российской Федерации. См., напр., постановление от 05.04.2007 № 5-П по делу о проверке конституционности положений пунктов 2 и 14 статьи 15 Федерального закона «О статусе военнослужащих» и пункта 8 Правил выпуска и погашения государственных жилищных сертификатов в рамках реализации подпрограммы «Государственные жилищные сертификаты» на 2004–2010 годы, входящей в состав Федеральной целевой программы «Жилище» на 2002–2010 годы, в связи с жалобами ряда граждан // СЗ РФ. 2007. № 15. Ст. 1820.

Лица, застрахованные по обязательному медицинскому страхованию до дня вступления в силу комментируемого Федерального закона, обладают правами застрахованных лиц в соответствии с данным Федеральным законом. Правовой статус лиц, застрахованных в рамках Закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», не должен отличаться от правового статуса застрахованных лиц на основании Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Следовательно, данные лица могут реализовать весь комплекс прав, предусмотренных указанным Федеральным законом, в том числе прав, закрепленных в ст. 16 названного акта.

При этом права застрахованных лиц в системе обязательного медицинского страхования не могут умаляться в связи с отсутствием у них нового полиса обязательного медицинского страхования. Юридическая сила полисов обязательного медицинского страхования, выданных в соответствии с Законом РСФСР «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», сохраняется до замены их на полисы обязательного медицинского страхования единого образца. Следует отметить, что окончание действия полисов обязательного медицинского страхования, выданных до 01.01.2011 г., обусловлено не сроком, на который они были выданы, а заменой на полисы нового образца.

Комментируемая статья возлагает на Федеральный фонд обязательного медицинского страхования с 01.05.2011 г. до введения на территориях субъектов Российской Федерации универсальных электронных карт организацию изготовления полисов обязательного медицинского страхования. Условия введения на территориях субъектов Российской Федерации универсальных электронных карт установлены Федеральным законом от 27.07.2010 № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг».

Также с 01.05.2011 г. начинается выдача полисов обязательно медицинского страхования застрахованным лицам в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования.

До 01.05.2011 г. выдача полисов обязательного медицинского страхования осуществляется в соответствии с нормативными правовыми актами, регулирующими выдачу полисов обязательного медицинского страхования и действующими до дня вступления в силу настоящего Федерального закона. Таким актом, в частности, являются территориальные правила обязательного медицинского страхования, принятые в субъектах Российской Федерации.

В комментируемой статье предусматриваются особенности структуры тарифа на оплату медицинской помощи с 1 января 2011 г. по 31 декабря 2012 г. В части **базовой** программы обязательного медицинского страхования тариф включает в себя расходы, определенные **Программой** государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации. Кроме того, в части территориальных программ обязательного медицинского страхования тариф может включать в себя часть расходов на оплату труда, начисления на выплаты по оплате труда (в части прочих выплат), расходы на оплату услуг связи, транспортных и коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

В частях 5 и 6 комментируемой статьи устанавливаются сроки перехода на финансирование за счет средств обязательного медицинского страхования отдельных видов медицинской помощи, а именно скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи).

Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования с 01.01.2013 г.

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

Переход на финансирование высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования предусматривается с 01.01.2015 г. (в настоящее время источником финансирования данного вида медицинской помощи является федеральный бюджет). Введение столь длительного переходного периода обусловлено необходимостью накопления средств в системе обязательного медицинского страхования, достаточных для покрытия расходов на данный вид медицинской помощи.

Данное изменение потребует и пересмотра Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, в соответствии с которыми основным инструментом в механизме бюджетного финансирования оказания высокотехнологичной медицинской помощи является государственное задание (ст. 40).

В комментируемой статье к переходным также относятся нормы, устанавливающие систему нормативных правовых актов, определяющих правовое положение Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориального фонда обязательного медицинского страхования.

В отношении Федерального фонда обязательного медицинского страхования предусматривается сохранение юридической силы устава, принятого до вступления в силу Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании». Данный устав был утвержден Правительством Российской Федерации постановлением от 29.07.1998 № 857<sup>295</sup>.

---

<sup>295</sup> СЗ РФ.1998. № 32. Ст. 3902.

Что касается территориальных фондов обязательного медицинского страхования, то должно быть принято типовое положение о территориальном фонде обязательного медицинского страхования<sup>296</sup>, а на его основе субъекты Российской Федерации обязаны принять положение о конкретном территориальном фонде обязательного медицинского страхования. Таким образом, утрачивает силу Положение о территориальном фонде обязательного медицинского страхования, утвержденное постановлением ВС РФ от 24.02.1993г. № 4543-1.

Субъекты Российской Федерации обязаны привести положения о территориальных фондах обязательного медицинского страхования в соответствие с типовым положением, утвержденным Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Действие указанных выше подзаконных нормативных правовых актов ограничено вступлением в силу федерального закона о государственных социальных фондах.

Законодатель предусмотрел особенности заключения договоров территориальных фондов со страховыми медицинскими организациями и их исполнения в 2011 г., которые должны быть установлены правилами обязательного медицинского страхования.

В соответствии с указанными Правилами в 2011 г. полученные от территориального фонда по дифференцированным подушевым нормативам платежи по обязательному медицинскому страхованию страховая медицинская организация использует на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках территориальной программы, формирование резервов, на оплату расходов на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию. Правилами закрепляются источники формирования страховой медицинской организацией резерва оплаты медицинской помощи, запасного резерва, резерва финансиру-

---

<sup>296</sup> Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации был принят приказ от 21.01.2011 № 15н, в соответствии с которым было утверждено данное типовое положение.



ния предупредительных мероприятий и средств на ведение дела за счет следующих источников, направления расходования средств резерва оплаты медицинской помощи и запасного резерва, резерва финансового обеспечения предупредительных мероприятий.

В случае досрочного прекращения договора на 2011 г. страховая медицинская организация в течение десяти рабочих дней возвращает в территориальный фонд средства, предназначенные для оплаты медицинской помощи, в том числе средства сформированных резервов (оплаты медицинской помощи и запасного резерва), оставшиеся после выполнения ею в полном объеме обязательств перед медицинскими организациями по договорам на оказание и оплату медицинской помощи, а также оставшиеся средства резерва финансового обеспечения предупредительных мероприятий.

При заключении договора предусматривается, что остатки средств, сформированных резервов, неиспользованных наконец 2011 г. в полном объеме страховыми медицинскими организациями, возвращаются в территориальный фонд.

## **Статья 52. О признании утратившими силу отдельных законодательных актов (положений законодательных актов) Российской Федерации**

**Признать утратившими силу со дня вступления в силу настоящего Федерального закона:**

1) Закон Российской Федерации от 28 июня 1991 года № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (Ведомости Съезда народных депутатов РСФСР и Верховного Совета РСФСР, 1991, № 27, ст. 920);

2) Постановление Верховного Совета РСФСР от 28 июня 1991 года № 1500-1 «О порядке введения в действие Закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» (Ведомости Съезда народных депутатов РСФСР и Верховного Совета РСФСР, 1991, № 27, ст. 921);

3) Постановление Верховного Совета Российской Федерации от 24 февраля 1993 года № 4543-1 «О порядке финансирования

обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год» (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, № 17, ст. 591);

4) Закон Российской Федерации от 2 апреля 1993 года № 4741-1 «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, № 17, ст. 602);

5) Постановление Верховного Совета Российской Федерации от 2 апреля 1993 года № 4742-1 «О повторном рассмотрении Закона Российской Федерации «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, № 17, ст. 604);

6) Постановление Верховного Совета Российской Федерации от 2 апреля 1993 года № 4743-1 «О порядке введения в действие Закона Российской Федерации «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, № 17, ст. 603);

7) статью 1 Федерального закона от 23 декабря 2003 года № 185-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации в части совершенствования процедур государственной регистрации и постановки на учет юридических лиц и индивидуальных предпринимателей» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2003, № 52, ст. 5037);

8) статью 5 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 137-ФЗ «О внесении изменений в часть первую и часть вторую Налогового кодекса Российской Федерации и в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с осуществлением мер по совершенствованию налогового администрирования» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 31, ст. 3436);

9) статью 1 Федерального закона от 29 декабря 2006 года № 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, № 1, ст. 21);

10) статью 4 Федерального закона от 23 июля 2008 года № 160-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием осуществления полномочий Правительства Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2008, № 30, ст. 3616);

11) статью 1 Федерального закона от 18 июля 2009 года № 185-ФЗ «О внесении изменений в статьи 2 и 9.1 Закона Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» и статью 11 Федерального закона «Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2009, № 29, ст. 3622).

В данной статье указан перечень отдельных законодательных актов Российской Федерации либо положений таких актов, признанных утратившими силу в связи с вступлением в силу комментируемого Федерального закона.

Ранее основным нормативным правовым актом федерального законодательства, регламентирующим вопросы обязательного медицинского страхования, являлся Закон Российской Федерации от 28 июня 1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Соответственно с момента вступления в силу комментируемого Федерального закона данный Закон Российской Федерации не применяется. При этом также не применяются отдельные положения ряда Федеральных законов, вносящих изменения в иные акты федерального законодательства в области обязательного медицинского страхования (федеральные законы от 23 декабря 2003 г. № 185-ФЗ, от 27 июля 2006 г. № 137-ФЗ, от 29 декабря 2006 г. № 258-ФЗ, от 23 июля 2008 г. № 160-ФЗ, от 18 июля 2009 г. № 185-ФЗ), что не отменяет действие иных положений данных актов.

Особо следует подчеркнуть, что все указанные в комментируемой статье акты (их положения) признаны утратившими силу именно со дня вступления в силу комментируемого Федерального закона. Поскольку 1 января 2011 года является днем вступления его в силу, то указанные в комментируемой статье правовые акты утратили силу именно с этого дня (см. комментарий к ст. 53).

Из наименования, а также из содержания комментируемой статьи следует, что признаются утратившими силу не только ранее действовавшие законы и их отдельные положения, но и иные законодательные акты. Это, в частности, постановления Верховного Совета РСФСР от 28 июня 1991 г. № 1500-1 «О порядке введения в действие Закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» и от 24 февраля 1993 г. № 4543-1 «О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год». Это связано с тем, что действовавшая до принятия Конституции Российской Федерации 1993 г. Конституция (Основной закон) РСФСР 1978 г. предусматривала осуществление Верховным Советом РСФСР законодательной деятельности в форме принятия не только соответствующих законов, но и иных актов. В соответствии со статьей 109 данной Конституции Верховный Совет Российской Федерации принимал законы Российской Федерации и постановления. Законы и постановления, принятые Верховным Советом Российской Федерации, не могли противоречить законам и другим актам, принятым Съездом народных депутатов Российской Федерации. При этом следует учитывать, что в соответствии с п. 2 раздела второго Конституции Российской Федерации 1993 г. законы и другие правовые акты, действовавшие на территории Российской Федерации до вступления в силу этой Конституции, применяются в части, не противоречащей Конституции Российской Федерации.

Следует заметить, что перечисленные в комментируемой статье законодательные акты не исчерпывают список изменений федерального законодательства в связи с принятием рассматриваемого Федерального закона. Необходимо учитывать также положения Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 313-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»<sup>297</sup>. Данным Федеральным законом,

---

<sup>297</sup> Российская газета. 03.12.2010. № 274; СЗ РФ. 2010. № 49. Ст. 6409.

принятым одновременно с комментируемым Федеральным законом, внесены соответствующие изменения в следующие законодательные акты:

Закон Российской Федерации от 27 ноября 1992 г. № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации»;

Федеральный закон от 1 апреля 1996 г. № 27-ФЗ «Об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования»;

Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»;

Бюджетный кодекс Российской Федерации;

Федеральный закон от 16 июля 1999 г. № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования»;

Федеральный закон от 6 октября 1999 года № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации»;

часть вторая Налогового кодекса Российской Федерации;

Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях;

Федеральный закон от 6 октября 2003 г. № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации»;

Федеральный закон от 26 июля 2006 г. № 135-ФЗ «О защите конкуренции»;

Федеральный закон от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»;

Федеральный закон от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования»;

Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».

Кроме того, Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 313-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» внесены изменения и признаны утратившими силу отдельные положения законодательных актов, вносящих изменения в отдельные федеральные законы в части обязательного медицинского страхования.

При этом заметим, что в ст. 9 Федерального закона «О порядке опубликования и вступления в силу федеральных конституционных законов, федеральных законов, актов палат Федерального Собрания» предусматривается возможность повторного официального опубликования в полном объеме федерального закона, в который были внесены изменения или дополнения. Однако это является правом, а не обязанностью соответствующего органа. К настоящему времени такое официальное опубликование не осуществлено.

### **Статья 53. Порядок вступления в силу настоящего Федерального закона**

**1. Настоящий Федеральный закон вступает в силу с 1 января 2011 года, за исключением положений, для которых настоящей статьей установлен иной срок вступления их в силу.**

**2. Статьи 5–8, часть 6 статьи 14, часть 7 статьи 17, часть 7 статьи 24, пункт 1 части 4 статьи 26, статьи 27, 28, 35, 36, часть 1, пункты 3–5 и 14 части 2, пункты 1–3 части 4, части 7–9, 11 и 12 статьи 38 настоящего Федерального закона вступают в силу с 1 января 2012 года.**

В данной статье определяется срок вступления комментируемого Федерального закона в силу. Необходимо особо подчеркнуть, что следует различать моменты опубликования и вступления в силу нормативного правового акта, поскольку нередко эти даты отличаются и, соответственно, влекут различные юридические последствия.

Согласно ч. 3 ст. 15 Конституции Российской Федерации законы подлежат официальному опубликованию, неопубликованные законы не применяются. При этом в Конституции Российской Федерации особо подчеркнуто, что любые нормативные правовые акты, затрагивающие права, свободы и обязанности человека и гражданина, не могут применяться, если они не опубликованы официально для всеобщего сведения. Под официальным опубликованием понимается опубликование текста правового акта специально на то уполномоченным органом или лицом в соответствующем официальном издании. В данном случае таким уполномоченным лицом является Президент Российской Федерации.

Детально же порядок опубликования и вступления в силу федеральных законов определен в Федеральном законе от 14 июня 1994 г. № 5-ФЗ «О порядке опубликования и вступления в силу федеральных конституционных законов, федеральных законов, актов палат Федерального Собрания» (с изменениями, внесенными Федеральным законом от 22 октября 1999 г. № 185-ФЗ)<sup>298</sup>.

Согласно ст. 2 Федерального закона «О порядке опубликования и вступления в силу федеральных конституционных законов, федеральных законов, актов палат Федерального Собрания» датой принятия федерального закона считается день принятия его Государственной Думой в окончательной редакции. Комментируемый Федеральный закон был принят Государственной Думой 19 ноября 2010 г. Совет Федерации Федерального Собрания Российской Федерации одобрил его 24 ноября 2010 г. Президент Российской Федерации подписал комментируемый Федеральный закон 29 ноября этого же года.

В статье 3 Федерального закона «О порядке опубликования и вступления в силу федеральных конституционных законов, федеральных законов, актов палат Федерального Собрания» установлено, что федеральные законы подлежат официальному опубликованию в течение семи дней после дня их подписания Прези-

---

<sup>298</sup> СЗ РФ. 1994. № 8. Ст. 801; 1999. № 43. Ст. 5124.

дентом Российской Федерации. Согласно ст. 4 этого же Федерального закона официальным опубликованием федерального закона считается первая публикация его полного текста в «Парламентской газете», «Российской газете» или «Собрании законодательства Российской Федерации». Федеральные законы направляются для официального опубликования Президентом Российской Федерации.

Комментируемый Федеральный закон был официально опубликован в «Российской газете» 3 декабря 2010 г. (№ 274), «Парламентской газете» 10-16 декабря 2010 г. (№ 64), «Собрании законодательства Российской Федерации» 6 декабря 2010 г. (№ 49, ст. 6422). Таким образом, предусмотренные федеральным законодательством сроки опубликования комментируемого Федерального закона были соблюдены.

Однако необходимо обратить особое внимание на то, что вслед за официальной публикацией 3 декабря 2010 г., в «Российской газете» 6 декабря этого же года было опубликовано уточнение следующего содержания: «В Федеральном законе № 326-ФЗ от 29 ноября 2010 г. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», опубликованном в «РГ» № 274 от 3 декабря 2010 г., на с. 20 пункт 2 статьи 50 следует читать:

«2. Финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации осуществляется за счет доходов, поступающих в бюджет Федерального фонда от средств страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размере два процентных пункта в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 2009 года № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования», средств бюджетов субъектов Российской Федерации и бюджетов территориальных фондов»<sup>299</sup>.

---

<sup>299</sup> Российская газета. 2010. № 275.



Данное уточнение в принципе носит технический характер и в целом не влияет на содержание указанной нормы комментируемого Федерального закона. Однако правоприменителям, конечно же, необходимо ориентироваться на уточненный текст официально опубликованного Федерального закона.

Согласно ст. 5 Федерального закона «О порядке опубликования и вступления в силу федеральных конституционных законов, федеральных законов, актов палат Федерального Собрания» федеральные законы могут быть опубликованы в иных печатных изданиях, а также доведены до всеобщего сведения (обнародованы) по телевидению и радио, разосланы государственным органам, должностным лицам, предприятиям, учреждениям, организациям, переданы по каналам связи, распространены в машиночитаемой форме. Законы также могут быть опубликованы в виде отдельного издания. В этой связи подчеркнем, что подготовка и соответствующее распространение данного научно-практического комментария также способствуют целям доведения до всеобщего сведения и текста самого Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Таким образом, 3 декабря 2010 г. является днем официального опубликования комментируемого Федерального закона, а 1 января 2011 г. — днем вступления его в силу.

Как известно, время вступления в силу нормативных правовых актов определяется различными способами: 1) временем принятия акта; 2) временем, которое указано в самом акте или в специальном акте о введении в действие данного акт; 3) временем официального опубликования акта; 4) по истечении определенного времени после официального опубликования акта<sup>300</sup>.

По общему правилу, закрепленному в ст. 6 Федерального закона «О порядке опубликования и вступления в силу федеральных конституционных законов, федеральных законов, актов па-

---

<sup>300</sup> См.: *Нерсесянц В.С.* Общая теория права и государства: Учебник для юридических вузов и факультетов. М., 2000. С. 478.

лат Федерального Собрания», федеральные законы вступают в силу одновременно на всей территории Российской Федерации по истечении десяти дней после дня их официального опубликования, за исключением случая, если самими законами или актами палат не установлен другой порядок вступления их в силу. Комментируемый Федеральный закон как раз и представляет исключение из указанного правила. Комментируемая статья не закрепляет зависимости вступления Федерального закона в силу от момента опубликования, а указывает на конкретную дату — 1 января 2011 г.

Отметим, что со времени принятия и официального опубликования комментируемого Федерального закона до времени вступления в законную силу его основной части его положений прошел достаточно небольшой период времени (менее месяца). Это обусловлено тем, что данный период времени был необходим для точной и полноценной организации реализации положений комментируемого Федерального закона.

При этом в комментируемой статье сроки вступления в силу Федерального закона разделены на два блока. К первому, уже вступившему в силу с 1 января 2011 г., относится основная часть норм комментируемого Федерального закона. Это полностью или в основной части положения следующих глав комментируемого Федерального закона: общие положения (глава 1); субъекты обязательного медицинского страхования и участники обязательного медицинского страхования (гл. 3); права и обязанности застрахованных лиц, страхователей, страховых медицинских организаций и медицинских организаций (гл. 4); правовое положение Федерального фонда и территориального фонда (гл. 6); контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (гл. 9); организация персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования (гл. 10) и др.

Второй блок норм комментируемого Федерального закона (ст. 5–8, ч. 6 ст. 14, ч. 7 ст. 17, ч. 7 ст. 24, п. 1 ч. 4 ст. 26, ст. 27, 28, 35, 36, ч. 1, пункты 3–5 и 14 ч. 2, п. 1–3 ч. 4, ч. 7–9, 11, а так-

же 12 ст. 38) вступит в силу в иную, прямо установленную федеральным законодателем дату — 1 января 2012 г.

В первую очередь, на год отложено вступление в силу положений комментируемого Федерального закона, касающихся разграничения полномочий между федеральными органами государственной власти и органами государственной власти субъектов Российской Федерации (статьи 5–8). Такое решение законодателя можно только приветствовать, поскольку нередко положения различных федеральных законов о разграничении полномочий вступают в силу достаточно быстро и соответствующие органы не имеют достаточного времени для подготовки к их реализации. Это также касается и принятия необходимых для реализации соответствующего федерального закона подзаконных нормативных правовых актов (например, это относится к ч. 7 ст. 17 комментируемого Федерального закона, в соответствии с которой особенности постановки на учет отдельных категорий страхователей и уплаты ими страховых взносов на обязательное медицинское страхование устанавливаются Правительством Российской Федерации). Также на год отложено вступление в силу положений комментируемого Федерального закона, касающихся финансового обеспечения обязательного медицинского страхования, в том числе целевых средств, бюджета Федерального фонда и бюджетов территориальных фондов, субвенций для финансового обеспечения организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации, средств страховой медицинской организации и их расходования, программ обязательного медицинского страхования и др. Представляется, что годовая отсрочка вступления в юридическую силу данных норм призвана предоставить необходимое время для проведения соответствующих мероприятий всем субъектам, определенным в комментируемом Федеральном законе.

Как уже отмечалось в комментарии к предыдущей статье, необходимо учитывать также положения Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 313-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с приня-

## Глава 11

тием Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Данным Федеральным законом также предусмотрена отсрочка для вступления в силу ряда его положений. Так, следует учитывать, что в соответствии со ст. 17 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 313-ФЗ п. 2 ст. 1, п. 1 ст. 4, подп. «б» п. 1, п. 2 ст. 6, ст. 7 и 9, п. 1–3, 5–9 и подп. «а» п. 10 ст. 12, п. 1 ст. 15 этого Федерального закона вступают в силу с 1 января 2012 г.

## Список ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. *Авдеев М.И.* Преступления против личности и уголовно-правовая терминология // Правоведение. 1979. № 2.
2. Аналитический вестник № 15 «Законодательные аспекты модернизации системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации» (по материалам круглого стола состоявшегося в Государственной Думе Федерального Собрания Российской Федерации 30 июня 2010 года). Москва, 2010.
3. *Антропов В.В.* Совершенствование системы здравоохранения в Германии // Труд за рубежом. 2008. №3.
4. *Беляев В.П.* К вопросу оптимизации контрольной деятельности // Законодательство. 2006. № 6.
5. Большая медицинская энциклопедия. Т. 8. М., 1978.
6. *Брагинский М.И., Витрянский В.В.* Договорное право. Договоры о выполнении работ и оказании услуг. Кн. 3. М.: Статут, 2002.
7. *Галаева Л.А.* Страховые риски и страховые случаи как правовые понятия // Трудовое право. 2009. № 7.

#### Список использованных источников

8. *Гомьен Д., Харрис Д., Зваак Л.* Европейская конвенция о правах человека и Европейская социальная хартия: право и практика. М., 1998.
9. *Ермасов С.В., Ермасов Н.Б.* Страхование. М., 2008.
10. Журнал обязательного медицинского страхования в Российской Федерации. 2010. № 5.
11. *Ковалевская Н.С.* Законодательство России по обязательному медицинскому страхованию // Материалы по обобщению арбитражной практики по делам с участием территориальных фондов обязательного медицинского страхования. М., 1997.
12. *Лазарев Б.М.* Компетенция органов управления. М., 1972.
13. *Малеина М.Н.* Человек и медицина в современном праве. М., 1995.
14. *Нерсесянц В.С.* Общая теория права и государства. Учебник для юридических вузов и факультетов. М., 2000.
15. *Нестеренко Ю.А.* Хирургические болезни. М., 1978. С. 130.
16. Общая теория права / Под общ. ред. А.С. Пиголкина. М., 1998. С. 290.
17. *Райзберг Б.А., Лозовский Л.Ш., Стародубцева Е.Б.* Современный экономический словарь. М., 2006.
18. Словарь русского языка: В 4 т. / Под ред. А.П. Евгеньевой. 2-е изд., испр. и доп. М., 1981.
19. *Фигерас Ж., Макки М., Моссиалос Э., Солтман Р.Б.* Реформа больниц в новой Европе М., 2002.
20. *Халфина Р.О.* Общее учение о правоотношении. М.: Юрид. лит., 1974.

#### Список использованных источников

21. *Чиркин В.Е.* Юридическое лицо публичного права. М.: Норма, 2007.
22. *Гутников О.В.* Правовое положение фондов как юридических лиц // Корпорации и учреждения: Сборник статей / Отв. ред. М.А. Рожкова. М.: Статут, 2007.

**Научно-практический комментарий  
к Федеральному закону  
от 29.11.2010 № 326-ФЗ  
«ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ  
МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ  
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

Редактирование и корректура  
Института законодательства и сравнительного правоведения  
при Правительстве Российской Федерации

Компьютерная верстка подготовлена  
Юридической фирмой «КОНТРАКТ»

Подписано в печать 18.05.2011.  
Формат 60×90/16. Бумага офсетная.  
Гарнитура NewtonС. Печать офсетная.  
Усл. печ. л. 35,0. Уч.-изд. л. 24,83.

Юридическая фирма «КОНТРАКТ»  
113035, Москва, ул. Садовническая, д. 74, стр. 1  
Тел./факс: (495) 953-04-44, 953-16-77  
E-mail: hinchukv@mail.ru