

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ

МЕДИЦИНСКОЕ

СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ
Ф О Н Д
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

6 - 2010

Принят Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

Принят Федеральный закон «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

Принят Федеральный закон «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»



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ №6, 2010

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 2010*6

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

А.В. Юрин
Председатель ФОМС

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

В.А. Зеленский
Директор Департамента развития медицинского страхования
Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

О.В. Андреева
Начальник Инспекции Счетной палаты РФ по контролю расходов федерального бюджета на здравоохранение и за бюджетом ФОМС

П.В. Бреев
И.о. начальника отдела по взаимодействию с федеральными органами исполнительной власти и СМИ ФОМС

О.А. Константинова
Начальник Управления организации и мониторинга лекарственного обеспечения в системе ОМС ФОМС

С.Г. Кравчук
Начальник Управления организации ОМС ФОМС

Д.Ю. Кузнецов
Генеральный директор Межрегионального Союза Медицинских Страховщиков

И.В. Плешков
Начальник Контрольно-ревизионного управления ФОМС

А.В. Решетников
Исполнительный директор Московского городского фонда ОМС

И.В. Соколова
Начальник отдела обязательного социального страхования и государственных внебюджетных фондов Департамента бюджетной политики в отраслях социальной сферы и науки Министерства финансов Российской Федерации

О.В. Царева
Начальник Управления модернизации системы ОМС ФОМС

Г.Л. Юркин
Начальник Управления правовой и международной деятельности ФОМС

«Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации»
Научно-практический журнал № 6, 2010 год
Выходит 1 раз в два месяца с 2006 года

Зарегистрирован в Федеральной службе по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия
Регистрационный номер *ПИ № ФС77-23840* от 28 марта 2006 года

Учредители:
Федеральный фонд
обязательного медицинского
страхования
Дом печати «Столичный бизнес»
E-mail: journal-oms@yandex.ru

Адрес редакции:
105062, г. Москва,
ул. Покровка, 47/24,
Дом печати
«Столичный бизнес»
Тел.: (495) 916-39-84;
E-mail: journal-oms@yandex.ru

Журнал издается Домом печати
«Столичный бизнес»

Номер подписан в печать
06.12.2010 года
Тираж: 3000 экз.
Формат 205 x 275 мм
Объем 98 полос

При перепечатке ссылка на журнал
«Обязательное медицинское страхование
в Российской Федерации» обязательна
© «Обязательное медицинское страхование в
Российской Федерации», 2010

Подписной индекс журнала «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации»
в каталоге «Газеты и журналы» Агентства «Роспечать» — 36347



4 ОФИЦИАЛЬНО НОВОСТИ

Президент Российской Федерации Д.А. Медведев подписал Федеральный закон от 29.11.2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»,
Федеральный закон от 29.11.2010 года № 313-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»,
Федеральный закон от 16.10.2010 года №272-ФЗ «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» (4)

Об основных новациях Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (5)

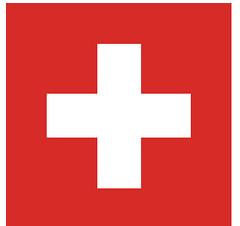
Председатель Правительства Российской Федерации В.В. Путин провёл в Иваново совещание по региональным программам модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации (6)

Правление Федерального фонда обязательного медицинского страхования (8)

Новые кадровые назначения (9)

В номере





10

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН «ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

Федеральный закон от 29.11.2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». (10)

Внесены изменения в отдельные законодательные акты в связи с принятием закона об обязательном медицинском страховании (49)

50

КОММЕНТАРИЙ К ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ ОТ 16.10.2010 Г. № 272-ФЗ

Н.С. Соловьёва

О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования (50)

52

СОВЕТ ИСПОЛНИТЕЛЬНЫХ ДИРЕКТОРОВ СФО

Актуальные вопросы модернизации системы обязательного медицинского страхования (52)

62

СТАНОВЛЕНИЕ СИСТЕМЫ ОМС В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Д.Ш. Абдулезизов

Талант управленца в развитии системы ОМС (62)

64

ОПЫТ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФОНДОВ ОМС

С.В. Козаченко

Практический опыт по реализации права неработающего гражданина на выбор (замену) страховой медицинской организации на территории Красноярского края в 2009 году (64)

72

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ЗА РУБЕЖОМ

С.Г. Кравчук, Ю.В. Чулюков

Обзор системы обязательного медицинского страхования государства Швейцария (72)

89

НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ И ДОКУМЕНТЫ

Постановление Правительство Российской Федерации от 04.10. 2010 г. № 782 «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год» (90)



**Президент Российской Федерации
Д.А. Медведев подписал Федеральный закон
от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ
«Об обязательном медицинском страховании
в Российской Федерации»**

Текст Федерального закона см. на стр. 10–48

**Президент Российской Федерации Д.А. Медведев
подписал Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 313-ФЗ
«О внесении изменений в отдельные законодательные акты
Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона
«Об обязательном медицинском страховании в Российской
Федерации»**

Комментарий к Федеральному закону см. на стр. 49

**Президент Российской Федерации Д.А. Медведев
подписал Федеральный закон от 16 октября 2010 года №272-ФЗ
«О внесении изменений в Федеральный закон "О страховых взносах
в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального стра-
хования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного
медицинского страхования и территориальные фонды обязательного
медицинского страхования"»**

Комментарий к Федеральному закону см. на стр. 50–51

Об основных новациях Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»



Основными положениями Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» являются:

- выбор страховой медицинской организации гражданином, а не работодателем или органами власти субъектов Российской Федерации;
- выбор медицинской организации и врача в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- полис единого образца, не требующий замены при смене страховой медицинской организации и места жительства и конкретизация требований к межтерриториальным расчетам за оказанную медицинскую помощь, что гарантирует застрахованным получение медицинской помощи не только в том субъекте Российской Федерации, где получен полис, а на всей территории Российской Федерации.

В целях обеспечения информированного выбора застрахованным лицом медицинской организации и страховой медицинской организации законодательно устанавливается обязанность обнародовать перечни указанных организаций, участвующих в системе обязательного медицинского страхования, информацию об их деятельности, оказываемых услугах и результатах работы.

Снимаются излишние административные барьеры для работодателей:

- отсутствует необходимость работодателей заключать договоры страхования со страховыми медицинскими организациями, права и обязанности сторон устанавливаются нормами закона;
- нет необходимости регистрироваться в территориальном фонде обязательного медицинского страхования, учет плательщиков страховых взносов будет осуществлять Пенсионный фонд Российской Федерации.

Устанавливаются принципы делегирования полномочий Российской Федерации по реализации базовой программы обязательного медицинского страхования органам государственной власти субъектов Российской Федерации. Финансовое обеспечение переданных полномочий будет осуществляться за счет субвенций, предоставленных по единой методике для всех субъектов Российской Федерации.

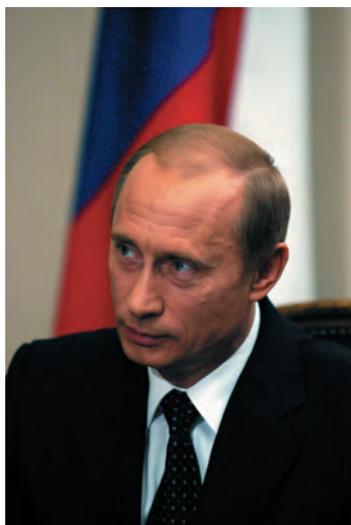
Субъекты Российской Федерации вправе осуществлять дополнительное финансовое обеспечение базовой программы обязательного медицинского страхования (сверх полученных субвенций), а также включать дополнительные виды и объемы медицинской помощи, финансовое обеспечение которых будет осуществляться за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

Предусмотрена передача полномочий по организации оказания медицинской помощи с уровня местного самоуправления органам власти субъектов Российской Федерации, что обеспечит более эффективную организацию медицинской помощи в субъектах Российской Федерации.

В целях создания условий для выравнивания финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации предусматривается аккумулирование всего объема средств обязательного медицинского страхования по тарифу 5,1 процента в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования с 2012 года.

С 2013 года обязательным становится переход на одноканальное финансирование медицинской помощи через систему обязательного медицинского страхования.

Предусмотрены положения о реализации в 2011-2012 годах программ модернизации здравоохранения.



Председатель Правительства Российской Федерации В.В. Путин провёл в Иванове совещание по региональным программам модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации

Открывая совещание, В.В. Путин отметил положительную динамику развития здравоохранения за последние годы: «Пять лет назад был запущен приоритетный национальный проект «Здоровье», в который уже вложено 590 млрд. рублей и который мы всегда считали основой для системных преобразований в области здравоохранения. Считаю, что нам удалось добиться серьёзных позитивных изменений в этой сфере. Продолжительность жизни граждан увеличилась на 3,7 года и достигла 69 лет; почти на 20% выросла рождаемость, и, наоборот, смертность сократилась на 12%, а младенческая смертность сократилась на 26%. Это прямой результат улучшения работы первичного звена медицинской помощи, проведения диспансеризации и вакцинации населения, совершенствования медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями и пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях. Это результат того, что более 900 тыс. граждан получили высокотехнологичную медицинскую помощь за счёт федерального бюджета, а доступность в этом виде помощи возросла более чем в 4 раза».

Вместе с тем, Председатель Правительства Российской Федерации обратил внимание руководителей регионов на то, что, по данным опросов, 65% граждан России не удовлетворены качеством работы больниц и поликлиник, поскольку многие из них находятся в неудовлетворительном состоянии, в медучреждениях не хватает оборудования, а в сельской местности – и медицинского персонала. Зачастую далеки от современных требований квалификация медработников и технологии диагностики, лечения, управления здравоохранением. Имеющиеся в отрасли ресурсы используются недостаточно эффективно. Почти 41% медицинских учрежде-

ний страны требует капитального ремонта или реконструкции.

«Приведу печальную статистику: по данным Росстата за 2008 год, в аварийном состоянии находится 2% медицинских учреждений, без водопровода – 8,5% медучреждений, без горячего водоснабжения – 32,5%, без центрального отопления – более 10%, без канализации – 11,2%, без телефонной связи – 6,7%. Мы видим, что задача повышения качества медицинской помощи актуальна и востребована обществом», – отметил В.В. Путин.

На устранение этих проблем и направлены региональные программы модернизации здравоохранения. На их реализацию в 2011–2012 годах будет выделено 460 млрд. рублей, которые будут получены за счёт повышения ставок страховых взносов с 3,1 до 5,1%.

Председатель Правительства подчеркнул необходимость внедрения в российские медучреждения современных технологий: «Региональные программы должны обеспечить повышение качества и доступности медицинской помощи во всех регионах страны. Предстоит определить, какие новые технологии будут внедряться в наших медучреждениях, чтобы люди могли получать качественную помощь не только в областных больницах, но и по месту жительства, в том числе за счёт создания крупных межрайонных центров».

Председатель Правительства Российской Федерации призвал руководителей регионов считать программы модернизации здравоохранения одной из важнейших задач:

«Мы с вами хорошо знаем, что если вы лично не будете этим заниматься, то результата не будет, во всяком случае того результата, который мы все от этой работы ожидаем. Прошу вас обеспечить финансирование здравоохранения из региональных бюджетов в соответствии с прежними планами, не снижать уровня бюджетной обеспеченности этой отрасли под предлогом того, что придут дополнительные деньги из федерального бюджета. Федеральные деньги должны дополнять ваши ресурсы, а не замещать их. Обращаю на это особое внимание. А Министерство здравоохранения и Министерство финансов прошу за этим строго следить».

Министр здравоохранения и социального развития Российской Федерации Т.А. Голикова в продолжение совещания подробно рассказала о настоящем положении системы здравоохранения и планах по ее развитию и модернизации: «Сегодня сложившаяся структура медицинских учреждений и подразделений характеризуется наличием дефицита учреждений и подразделений, оказывающих первичную медицинскую помощь, в частности на селе, и в то же время избыточностью учреждений, оказывающих стационарную помощь населению».

Повышенное внимание было уделено и развитию стандартов оказания медицинской помощи: «На сегодняшний день все стандарты, которые существуют и приняты на федеральном уровне – их 612 для взрослых и детей, – носят рекомендательный характер. На основе этих стандартов регионы Российской Федерации принимают медико-экономические стандарты, которые являются основой для оплаты. Новая система меняет этот подход и говорит о том, что содержательно стандарты должны быть одинаковыми по всей территории Российской Федерации. Безусловно, их финансовое обеспечение зависит от уровня жизни в соответствующем регионе и от того, сколько там стоят соответствующие услуги. На основании этих стандартов формируются клинические протоколы для муниципальных учреждений, учреждений региона и федеральных учреждений. В основу стандарта закладывается определённый набор медицинских услуг, который на сегодняшний день нами сформирован, по сути, на базе тех стандартов, которые сегодня имеются и которые предполагается вводить в течение ближайших двух лет».

Не менее важным является и вопрос оплаты труда медицинских работников. Министр здравоохранения и социального развития сообщила, что к 2013 году благодаря поэтапному увеличению объемов финансирования системы здравоохранения удастся поднять зарплату врачей на 35% без директивного увеличения, только за счет текущей индексации.

Т.А. Голикова отметила уже проделанную работу во всех регионах и призвала не снижать набранного темпа: «Хочу сказать, что регионы уже проделали достаточно большую работу по обсуждению этих программ. Но мне хотелось выразить желание, чтобы эта работа не останавливалась на этапе обсуждения проектов программ, чтобы эта работа была продолжена на этапе их реализации и чтобы граждане каждого субъекта Российской Федерации знали по сути график реализации тех мероприятий, которые будут утверждены в рамках региональных программ».

В заключительном слове Председатель Правительства Российской Федерации В.В. Путин отметил: «Нам нужно в оперативном режиме закончить работу по подготовке региональных программ. Действительно, это объёмная работа, связанная с инвентаризацией всего хозяйства в области здравоохранения. Нужно понять, что происходит в каждом населённом пункте с медицинскими учреждениями, какие они, в каком состоянии, в какой поддержке они нуждаются? И ещё раз хочу сказать то, о чём уже говорил многократно. Далеко не каждое медицинское учреждение должно быть отремонтировано, туда обязательно нужно вкладывать деньги – всё это должно быть сделано с умом, не распылять федеральные и региональные ресурсы, а направлять их только туда, где подготовлена почва для улучшения обслуживания граждан в конкретной местности.

И в завершение. Безусловно, такая масштабная работа не может принести эффективного результата, если мы не будем действовать сообща. И на федеральном, и на региональном, и на местном уровне должно быть ясное понимание того, что мы начинаем очень большую, системную и чрезвычайно важную совместную работу. Это касается всех уровней власти, управления, всех заинтересованных министерств и ведомств».



Правление Федерального фонда обязательного медицинского страхования

12 октября 2010 года состоялось заседание правления Федерального фонда обязательного медицинского страхования под председательством Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации Т.А. Голиковой.

Правлением ФОМС был рассмотрен и согласован проект Федерального закона «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годов».

Правление ФОМС отметило, что представленный проект Федерального закона «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годов» (далее – проект закона) отвечает положениям Бюджетного послания Президента Российской Федерации Федеральному собранию Российской Федерации о бюджетной политике в 2011-2013 годах, Бюджетного кодекса Российской Федерации.

Основные характеристики бюджета Фонда на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годов подготовлены на основе прогноза социально-экономического развития Российской Федерации до 2013 года с учетом исполнения возложенных на Фонд функций и задач.

Доходы бюджета Фонда на 2011 год определены в сумме 336,0 млрд. рублей, на плановый период 2012 и 2013 годов доходы составят соответственно 369,2 и 403,5 млрд. рублей.

Расходы бюджета Фонда на 2011 год определены в сумме 336,0 млрд. рублей, на плановый период 2012 и 2013 годов расходы составят соответственно: 369,2 и 403,5 млрд. рублей.

С 1 января 2011 года уплата страховых взносов в бюджет Федерального фонда ОМС устанавливается в размере 3,1 процента. Отдельные категории плательщиков в соответствии с законодательством уплачивают страховые взносы в Фонд по пониженным тарифам. Компенсация выпадающих доходов бюджета Фонда в связи

с установлением пониженных тарифов предусмотрена за счет межбюджетных трансфертов из федерального бюджета на 2011 год в сумме 16,3 млрд. руб., на 2012 год – в сумме 23,3 млрд. руб. и на 2013 год – в сумме 18,8 млрд. рублей.

Суммы учтенных в бюджете Фонда межбюджетных трансфертов, получаемых из федерального бюджета, соответствуют объемам, предусмотренным в проекте Федерального закона «О федеральном бюджете на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годов» для передачи Фонду.

Межбюджетные трансферты из федерального бюджета, передаваемые бюджету Фонда, включают средства на дополнительную диспансеризацию работающих граждан и диспансеризацию детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. В 2011 и 2012 годах на дополнительную диспансеризацию работающих граждан предусматриваются бюджетные ассигнования в сумме по 4 000,0 млн. руб. ежегодно, на диспансеризацию детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, на 2011 год – в сумме 890,7 млн. руб., на 2012 год – в сумме 900,0 млн. руб.

Проектом закона предусмотрены средства на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в 2011 и 2012 годах в сумме 460,0 млрд. руб.

Финансовое обеспечение указанных расходов будет осуществляться за счет средств, полученных в связи с увеличением тарифа страховых взносов на обязательное медицинское страхование с 1,1% до 3,1% и составит в 2011 году 215,9 млрд. руб., в 2012 году – 244,1 млрд. руб.

Также правлением ФОМС одобрен проект Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» с учетом внесенных изменений к рассмотрению Государственной Думой Российской Федерации во втором чтении.

Новые кадровые назначения

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Северная Осетия – Алания

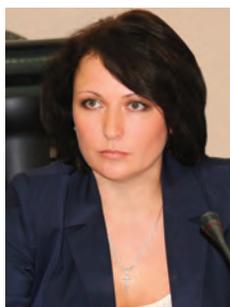


Томаев Таймураз Анатольевич назначен на должность исполнительного директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Северная Осетия – Алания на основании распоряжения правительства Республики Северная Осетия – Алания от 08.10.2010 г. № 302-р.

Томаев Т.А. 1959 года рождения. В 1982 г. окончил Северо-Осетинский государственный медицинский институт по специальности «Врач-лечебник», в 2007 г. – Северо-Кавказскую академию государственной службы при Президенте РФ.

С 1980 по 2000 гг. работал медбратом, врачом-интерном, врачом, главврачом в медицинских лечебных учреждениях. С 2000 по 2002 гг. – заместитель исполнительного директора, начальник отдела вневедомственной экспертизы ТФОМС РСО-Алания. С 2004 г. – главврач Республиканского врачебно-физкультурного диспансера г. Владикавказа.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Пензенской области



Аксенова Елена Александровна назначена на должность исполнительного директора ТФОМС Пензенской области на основании распоряжения правительства Пензенской области от 18.10.2010 г. № 92-рП/к.

Аксенова Е.А. 1971 года рождения, в 1994 г. окончила Всероссийский заочный финансово-экономический институт по специальности «Бухгалтерский учет».

С 1988 до 1994 г. работала бухгалтером, экономистом в государственных учреждениях г. Пензы. С 1994 г. по 07.2004 г. – начальник контрольно-ревизионного отдела, директор Пензенского филиала ТФОМС. С 07.2004 г. по 02.2007 г. – начальник Управления экономики Министерства здравоохранения и социального развития Пензенской области. С 02.2007 г. по 10.2010 г. – первый заместитель исполнительного директора ТФОМС Пензенской области.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Свердловской области



Шелякин Валерий Александрович назначен на должность исполнительного директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области указом губернатора Свердловской области от 26 октября 2010 г. №951-УГ.

Шелякин В.А. 1971 года рождения. В 1999 г. окончил Уральскую академию государственной службы по специальности «Юриспруденция», в 2002 г. – Уральский государственный экономический университет по специальности «Финансы и кредит».

С 1996 до 2007 гг. занимал руководящие должности в страховых компаниях «Медведь ЛК» г. Когалым Ханты-Мансийского автономного округа и г. Екатеринбурга; в филиале ОАО «Согаз», ООО «Страховая компания «Гамма», ЗАО «Страховая группа «Уралсиб» в г. Екатеринбурге.

С 2007 по 2010 гг. – директор Уральского регионального центра ОАО «Ингосстрах» в г. Екатеринбурге.



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН

от 29.11.2010 года № 326-ФЗ

ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Принят Государственной Думой 19 ноября 2010 года
Одобен Советом Федерации 24 ноября 2010 года

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.

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 N 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.

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

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

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 средствам обязательного медицинского страхования;

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

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

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

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

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 персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;
- 10) установление системы защиты прав застрахованных лиц в сфере 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, осуществляется 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.

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 государственной 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.

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.

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.

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 N 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 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.

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.

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.

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», публикуют 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.

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 публиковываться 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.

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 персонализированного учета в сфере обязательного медицинского страхования;
- 8) возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненад-

лежащим 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 медицинского 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.

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.

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.

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.

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 персонифицированный 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.

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.

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 N 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.

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 Российской 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.

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, пред-

усмотренного 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.

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 N 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».

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 Федеральным фондом.

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.

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 25-го числа каждого месяца.

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

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

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.

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.

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, профессиональных 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.

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.

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 N 125-ФЗ «Об обя-

зательном 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.

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 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 N 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»;

- 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.

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 пол-

номочия 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 N 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.

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 программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо, а также расчет коэффициента удорожания базовой программы обязательного медицинского страхования.

4. Страховое обеспечение 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.

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 определяет с учетом структуры заболеваемости в субъекте Российской Федерации значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо и норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо.

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

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

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

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

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

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

9. Для разработки проекта территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации создается комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, в состав которой входят представители органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориального фонда, страховых медицинских организаций и медицинских организаций, представители профессиональных союзов или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации, на паритетных началах. Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования формируется и осуществляет свою деятельность в соответствии с положением, являющимся приложением к правилам обязательного медицинского страхования.

10. Объемы предоставления 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.

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.

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:

- 1) оформление, переоформление, выдача полиса обязательного медицинского страхования;
- 2) ведение учета застрахованных лиц, выданных им полисов обязательного медицинского страхования, а также обеспечение учета и сохранности сведений, поступающих от медицинских организаций в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета, установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
- 3) представление в территориальный фонд заявки на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи и оплату счетов за оказанную медицинскую помощь в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;
- 4) использование полученных по договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования средств по целевому назначению;
- 5) возвращение остатка целевых средств после расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в территориальный фонд в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования;
- 6) 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 обязанностях застрахованных лиц в соответствии с настоящим Федеральным законом;
- 9) представление в территориальный фонд ежедневно (в случае наличия) данных о новых застрахованных лицах и сведений об изменении данных о ранее застрахованных лицах, а также ежемесячно до 20-го числа месяца, следующего за отчетным, отчетности об использовании средств обязательного медицинского страхования, об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи, о деятельности по защите прав застрахованных лиц и иной отчетности в порядке и по формам, которые установлены Федеральным фондом;
- 10) осуществление контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, в том числе путем проведения медико-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 обязательного медицинского страхования обязанностей.

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

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

2) участие в согласовании тарифов на оплату медицинской помощи;

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

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

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

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

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

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

2) предоставление страховой медицинской организации средств, предназначенных на расходы 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.

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 объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, установленным Федеральным фондом;

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

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

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

2) представление счетов 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 перечисленных 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.

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 медицинской 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.

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 освобож-

дает медицинскую организацию от возмещения застрахованному лицу вреда, причиненного по вине медицинской организации, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

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.

Глава 10. ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРСНИФИЦИРОВАННОГО 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.

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.

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 N 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг». Единые требования к полису обязательного медицинского страхования устанавливаются правилами обязательного медицинского страхования.

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.

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 медицинской 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.

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 уста-

новлены 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.

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 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.

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 N 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 использования 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 полно-

мочия 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 государственным 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.

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 медицинское 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 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.

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 Фе-

дерации, 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.

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 N 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (Ведомости Съезда народных депутатов РСФСР и Верховного Совета РСФСР, 1991, N 27, ст. 920);

2) Постановление Верховного Совета РСФСР от 28 июня 1991 года N 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, N 27, ст. 921);

3) Постановление Верховного Совета Российской Федерации от 24 февраля 1993 года N 4543-1 «О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год» (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, N 17, ст. 591);

4) Закон Российской Федерации от 2 апреля 1993 года N 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, N 17, ст. 602);

5) Постановление Верховного Совета Российской Федерации от 2 апреля 1993 года N 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, N 17, ст. 604);

6) Постановление Верховного Совета Российской Федерации от 2 апреля 1993 года N 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, N 17, ст. 603);

7) статью 1 Федерального закона от 23 декабря 2003 года N 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, N 52, ст. 5037);

8) статью 5 Федерального закона от 27 июля 2006 года N 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, N 31, ст. 3436);

9) статью 1 Федерального закона от 29 декабря 2006 года N 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, N 1, ст. 21);

10) статью 4 Федерального закона от 23 июля 2008 года N 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, N 30, ст. 3616);

11) статью 1 Федерального закона от 18 июля 2009 года N 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, N 29, ст. 3622).

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.

Москва, Кремль
29 ноября 2010 года
N 326-ФЗ

Президент
Российской Федерации
Д. МЕДВЕДЕВ

Внесены изменения в отдельные законодательные акты в связи с принятием закона об обязательном медицинском страховании

Федеральным законом в связи с принятием Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» вносятся изменения:

в Закон Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» – касающиеся распространения действия названного Закона Российской Федерации на страховые организации, осуществляющие обязательное медицинское страхование, а также установления минимального размера уставного капитала страховых организаций, осуществляющих исключительно медицинское страхование;

в Федеральный закон «Об индивидуальном (персонифицированном) учёте в системе обязательного пенсионного страхования» – касающиеся индивидуального лицевого счёта застрахованного лица, общих правил представления сведений о застрахованных лицах и порядка хранения этих сведений, прав и обязанностей органов Пенсионного фонда Российской Федерации;

в Федеральный закон «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» – дополняющие права страховщика;

в Бюджетный кодекс Российской Федерации – касающиеся порядка и условий предоставления межбюджетных трансфертов бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования;

в Федеральный закон «Об основах обязательного социального страхования» – дополняющие обязанности страховщиков по ведению учёта взносов, застрахованных лиц и страхователей;

в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» – изменяющие порядок организации оказания медицинской помощи населению;

в Налоговый кодекс Российской Федерации – уточняющие перечень льгот по налогу на доходы физических лиц, налогу на прибыль организаций в отношении сумм, выплачиваемых в системе обязательного медицинского страхования;

в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях – касающиеся ответственности за нарушение

страхователями установленного законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании срока регистрации и перечисления должностными лицами государственных внебюджетных фондов сумм страховых взносов на обязательное медицинское страхование;

в Федеральный закон «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» – устанавливающие принцип централизации системы здравоохранения;

в Федеральный закон «О защите конкуренции» – устанавливающие, что нормы этого Федерального закона, регулирующие особенности отбора финансовых организаций, не будут распространяться на страховые медицинские организации;

в Федеральный закон «О персональных данных» – дополняющие случаи, когда допускается обработка специальных категорий персональных данных;

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» – изменяющие размеры тарифов страховых взносов для отдельных категорий плательщиков на период 2013–2019 гг.;

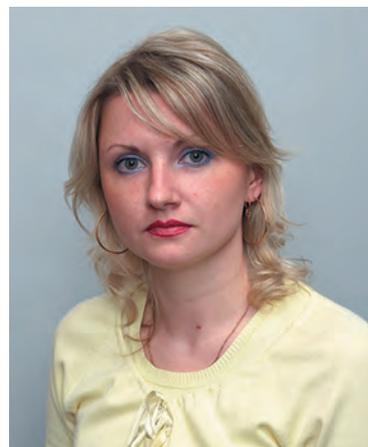
в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» – касающиеся исключения требований о предоставлении одних и тех же документов на различных этапах согласований; конкретизации требований к предоставляемой заявителями информации о медицинских организациях, в которых предполагается проведение клинических исследований лекарственного препарата для медицинского применения, и о качестве лекарственных препаратов; уточнения требований к порядку и условиям страхования жизни, здоровья пациентов, участвующих в клиническом исследовании лекарственного препарата; конкретизации механизма, позволяющего осуществить процедуры проведения экспертизы и регистрации лекарственных препаратов на основании документов, представленных на регистрацию до 1 сентября 2010 г.; установления условий обращения лекарственных препаратов в упаковке с маркировкой, нанесённой в соответствии с требованиями, действовавшими до 1 сентября 2010 г. Эти изменения вносятся в соответствии с поручением Президента Российской Федерации от 11 октября 2010 г. №Пр-2994.

Федеральный закон 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» опубликован на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования по адресу: www.ffoms.ru «Главная страница»-«Новости»

Н.С. Соловьёва

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования



Н.С. Соловьёва,
начальник Управления формирования доходов по ОМС ФОМС

Федеральным законом от 16 октября 2010 года № 272-ФЗ «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 статьёй 33 Федерального закона «Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации» предусмотрены следующие изменения:

- размер предельной величины базы для начисления страховых взносов в государственные внебюджетные фонды определяется и устанавливается Правительством Российской Федерации;
- тариф страховых взносов на обязательное медицинское страхование в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования с 1 января 2011 года составит 3,1 процента, с 1 января 2012 года - 5,1 процента;

- расширен перечень плательщиков страховых взносов, к которым применяются пониженные тарифы страховых взносов:

- в 2010 году пониженные тарифы страховых взносов также могут применять организации, осуществляющие деятельность в области информационных технологий (за исключением организаций, имеющих статус резидента технико-внедренческой особой экономической зоны), выполняющие определенные условия;

- в переходный период 2011–2019 годов пониженные тарифы страховых взносов также могут применять хозяйственные общества, созданные после 13 августа 2009 года бюджетными научными учреждениями в соответствии с Федеральным законом от 23

августа 1996 года №127-ФЗ «О науке и государственной научно-технической политике» и образовательными учреждениями высшего профессионального образования в соответствии с Федеральным законом от 22 августа 1996 года № 125-ФЗ «О высшем и послевузовском профессиональном образовании», организации, осуществляющие деятельность в области информационных технологий (за исключением организаций, имеющих статус резидента технико-внедренческой особой экономической зоны), выполняющие определенные условия.

- установлены дополнительные формы контроля за обоснованностью применения пониженных тарифов страховых взносов плательщиками.

Федеральный закон 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» (в ред. от 16.10.2010 г. №272-ФЗ) опубликован на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования по адресу: www.ffoms.ru - «Федеральные законы» - «Нормативно-справочная информация в системе ОМС» - «Система ОМС в России».

Актуальные вопросы модернизации системы обязательного медицинского страхования



Заседание Совета исполнительных директоров территориальных фондов ОМС Сибирского федерального округа

Обсуждение вопросов предстоящей модернизации здравоохранения и медицинского страхования стало главной темой прошедшего в Алтайском крае Совета исполнительных директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования Сибирского федерального округа. Важность и ответственность предстоящей работы также была подкреплена визитом председателя Федерального фонда ОМС А.В. Юрина, который принял самое активное участие в обсуждении вопросов, стоящих на повестке дня перед территориальными фондами.

9-10 сентября 2010 года в Барнауле состоялся Совет исполнительных директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования Сибирского федерального округа.

На заседании Совета шел обстоятельный разговор по всем актуальным вопросам совершенствования, развития и модернизации системы обязательного медицинского страхования как в целом по Российской Федерации, так и в каждом отдельном регионе. Именно фонды медицинского страхования станут теми флагманами, которые, по сути, возглавят предстоящую

модернизацию, включая и финансирование всех основных ее направлений, заявленных на федеральном уровне.

Выступая на Совете директоров Сибирского федерального округа, председатель Федерального фонда ОМС А.В. Юрин акцентировал внимание руководителей ТФОМС на те первоочередные задачи, которые в настоящее время стоят перед системой обязательного медицинского страхования. Это, в первую очередь, совершенствование нормативной базы и участие в подготовке качественных региональных программ модер-

низации здравоохранения, усиление контроля за стандартами оказания медицинской помощи и оценка эффективности средств, которые будут направлены в регионы в рамках модернизации, а также работа по созданию единого регистра застрахованных.

По словам руководителя Федерального фонда ОМС, сегодня организаторам здравоохранения крайне важно видеть всю систему в целом и иметь четкий план действия по развитию здравоохранения. «Модернизация в здравоохранении – это, прежде всего, создание условий для равного доступа к качественной медицинской помощи для всех россиян. В этой связи сегодня каждому региону важно определиться с перечнем государственных и муниципальных лечебных учреждений, в которых предполагается обеспечить выполнение стандартов оказания медицинской помощи», – особо подчеркнул руководитель Федерального фонда ОМС.

В свою очередь программа модернизации будет иметь три главных направления: во-первых, предстоит укрепить материально-техническую базу лечебных учреждений, во-вторых, провести информатизацию отрасли и, в-третьих, перейти на единые для всей территории страны стандарты оказания медицинской помощи, т.е. каждый регион должен предложить свой конкретный план реструктуризации и развития медицинской помощи. «Содержание программ модернизации – это глубоко региональное творчество. Однако этот процесс должен происходить, по возможности, публично и открыто, с широким обсуждением проблем» – подчеркнул А.В. Юрин.

Было отмечено, что на 2011-2012 годы на развитие материально-технической базы лечебных учреждений, их оснащение до уровня, обеспечивающего выполнение федеральных стандартов, а также на информатизацию здравоохранения будет направлено 460 млрд. рублей. Такую сумму даст увеличение взносов на ОМС, которое произойдет с января 2011 года. Необходимая законодательная база готовится: это проекты законов «Об обязательном медицинском страховании в РФ», «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», а также законопроект о защите прав пациентов.

При подготовке программ модернизации здравоохранения регионам предстоит проанализировать картину заболеваемости, сопоставить с коечным фондом, составом кадров – и на основе всего этого определить, какие именно направления медпомощи укреплять и развивать в первую очередь.

На заседании Совета исполнительных директоров ТФОМС Сибирского федерального округа были подведены итоги деятельности фондов, входящих в СФО, за первое полугодие 2010 года, в части исполнения территориальных программ ОМС и реализации националь-

ного проекта «Здоровье», работа по защите прав граждан и обеспечение контроля за качеством медицинской помощи.

В целях совершенствования системы обеспечения защиты установленных законодательством Российской Федерации прав граждан, включая право на экспертизу качества медицинской помощи, во всех регионах Сибирского федерального округа работают координационные советы по защите прав граждан в системе обязательного медицинского страхования.

Территориальными фондами Сибирского федерального округа подготовлены планы мероприятий по обеспечению всеобщности обязательного медицинского страхования, доступности медицинской помощи и прав граждан при реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования, согласованы основные подходы по формированию Регистра внештатных экспертов качества медицинской помощи.

На каждой территории осуществляется контроль за работой страховых медицинских организаций, отлажены вопросы обеспечения и продления срока действия полисов ОМС граждан, имеющих иногороднюю прописку.

Ведется систематическая работа по информированию граждан, в том числе о получении бесплатной медицинской помощи на территории любого субъекта РФ, осуществляется постоянный экспертный контроль объемов и качества медицинской помощи, совершенствуются способы оплаты медицинских услуг, внедряются государственные и муниципальные заказы, проходят заседания экспертных, консультативных, межведомственных комиссий и советов по вопросам здравоохранения и обязательного медицинского страхования, защите прав граждан.

На каждой территории СФО утверждены регистр и требования к внештатным медицинским экспертам. Специалисты территориальных фондов в своих регионах ежемесячно обобщают результаты ВЭКМП, проводят рабочие встречи с представителями лечебно-профилактических учреждений и страховых медицинских организаций по разбору выявленных дефектов. Информация о наиболее значимых нарушениях направляется в органы управления здравоохранением для использования в работе и принятия управленческих решений.

В процессе экспертной работы при возникновении спорных случаев либо ходатайства застрахованных граждан к рассмотрению таких дел привлекаются эксперты из других территорий. Некоторый опыт работы по данному направлению накоплен в Томской области и Алтайском крае.

Данное совещание было ценно еще и тем, что его участники получили возможность поделиться опытом работы по всем основным направлениям своей деятельности.

Так, Алтайский край познакомил коллег с наработками по реализации законодательства о страховых взносах, в частности, по обеспечению финансовой устойчивости системы ОМС через взаимодействие со страхователями и администраторами страховых взносов и налоговых поступлений. С этой целью в крае создана Межведомственная комиссия по вопросам уплаты страховых взносов и погашения задолженности на обязательное пенсионное и медицинское страхование, а эффективность ее работы демонстрирует рост дополнительных поступлений единого социального налога в бюджет фонда и отсутствие задолженности по ЕСН бюджетных организаций.

Территориальный фонд Томской области представил доклад по переходу на одноканальное финансирование медицинских учреждений в условиях модернизации здравоохранения региона, а Кемеровский ТФОМС - практику реализации такого направления, как развитие службы страховых представителей в медицинских учреждениях.

Также в рамках Совета прошло рабочее заседание, посвященное вопросам реализации Соглашения о со-

трудничестве ТФОМС Сибирского федерального округа в области защиты прав граждан, обеспечения доступности и контроля качества медицинской помощи при реализации Территориальных программ обязательного медицинского страхования. Основными в повестке Совета ТФОМС стали вопросы, связанные с работой координационных советов, деятельность которых направлена на обеспечение действенной защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования.

В завершение рабочего совещания с территориальными фондами Сибирского федерального округа А.В. Юрин ответил на вопросы, которые интересовали руководителей ТФОМС, и, в первую очередь, они касались конкретных направлений финансирования на следующий год, критериев оценки эффективности программ модернизации здравоохранения, тестирования единого регистра застрахованных, а также подготовки необходимого программного обеспечения.

Публикуем выступления И.В. Долговой, представителя ФОМС в Сибирском федеральном округе, исполнительного директора Территориального фонда ОМС Алтайского края; В.Г. Козлова, исполнительного директора Томского территориального фонда ОМС; И.Г. Иванова, начальника отдела организации защиты прав граждан Территориального фонда ОМС Кемеровской области.

Опыт работы ТФОМС Алтайского края по взаимодействию со страхователями и администраторами страховых взносов и налоговых поступлений с целью обеспечения финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования



И.В. Долгова,
представитель
ФОМС в СФО, исполни-
тельный директор
ТФОМС Алтайского
края

Основной новацией исполнения доходных частей бюджетов территориальных фондов ОМС в 2010 году явилось существенное изменение налогового законодательства, в рамках которого упразднен единый социальный налог и введены страховые взносы. В результате перечень главных администраторов доходов бюджетов фондов пополнился Пенсионным фондом Российской Федерации. Разумеется, в переходный период имеют

место объективные сложности, связанные с организационными вопросами.

Так, например, в Алтайском крае эти сложности привели в начале года к некоторому снижению поступлений в бюджет фонда - за 1 квартал текущего года страховые взносы поступили в размере 15,6% от утвержденных годовых назначений, что на 4,1 процентных пункта меньше, чем ЕСН за аналогичный период 2009 года. Кроме того, по мнению экспертов, переход от налога к взносам изменил отношение работодателей к необходимости своевременной и полной уплаты обязательных платежей. Учитывая, что налоговые поступления и страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающего насе-

ления являются значимыми источниками доходной части бюджета фонда, а значит и финансирования Территориальной программы государственных гарантий, сложности в исполнении бюджета по доходам стали стимулом в поиске и реализации дополнительных методов и приемов работы, направленных на увеличение наполняемости бюджета Фонда.

В связи с этим в июне 2010 года была создана совместная Межведомственная комиссия по вопросам уплаты страховых взносов и погашения задолженности на обязательное пенсионное и медицинское страхование предприятиями края, в состав которой кроме руководителей отделения Пенсионного фонда РФ по Алтайскому краю и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края вошли специалисты управления по борьбе с экономическими преступлениями, отдела организации исполнительного производства управления службы судебных приставов, управления по надзору за исполнением федерального законодательства прокуратуры Алтайского края. Аналогичные комиссии также были созданы в городах и районах Алтайского края.

Основной целью создания Межведомственной комиссии стало обеспечение финансовой устойчивости системы обязательного пенсионного и медицинского страхования.

В своей работе комиссия решает следующие задачи: координация деятельности органов контроля, повышение платежной дисциплины, обеспечение социальной защищенности работающего населения Алтайского края, увеличение доходной части бюджетов.

На заседания комиссий приглашаются руководители предприятий, не выполняющих в полном объеме обязанности по обязательному пенсионному и медицинскому страхованию, выясняются причины возникновения просроченной задолженности, вырабатываются пути разрешения возникшей ситуации. Ряд предприятий погашают задолженность уже на стадии подготовки к заседаниям.

На сегодняшний момент созданные комиссии начали активную работу как в краевом центре, так и в городах и районах края.

По итогам заседаний принимаются персональные решения по каждому неплательщику, а именно - составляются графики погашения задолженности по каждой приглашенной организации, а в случае неисполнения решений комиссии – принимается решение о возбуждении исполнительного производства и направлении документов на принудительное взыскание задолженности.

Кроме того, принимая во внимание накопленный фондом опыт работы со страхователями по уплате единого социального налога, территориальный фонд продолжил реализовывать отработанный механизм взаимодействия со страхователями теперь и в отношении уплаты ими задолженности по ЕСН и страховым взносом на обязательное медицинское страхование работающих граждан.

В рамках указанной работы проводятся мероприятия, направленные на разъяснение страхователям необходимости выполнения обязательств по уплате налогов и страховых взносов, так как только регулярность и полнота перечисления налогов и страховых взносов гарантирует возможность застрахованным гражданам реализовать свое право на получение бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы.

В результате проделанной работы, при поддержке глав районов края сотрудники фонда входят в состав комиссий по сокращению налоговой задолженности.

В настоящее время на основании сведений, ежемесячно получаемых из УФНС по Алтайскому краю в соответствии с Соглашением по информационному взаимодействию между Федеральным фондом ОМС и Федеральной налоговой службой, ТФОМС проводит мониторинг, обобщение и системный анализ динамики просроченной задолженности. Кроме того, в постоянном режиме осуществляется сравнительный анализ налоговых поступлений в разрезе районов Алтайского края, в результате чего выявляются районы с отрицательной динамикой. В ходе детального анализа внутри районов выявляются «проблемные» страхователи, имеющие задолженность по ЕСН.

В результате за 2009 год и первое полугодие текущего года сумма дополнительных поступлений единого социального налога в бюджет Фонда от «проблемных» организаций составила более 23 млн. рублей.

Также ТФОМС проводит системный анализ исполнения решений Межведомственной комиссии.

Заслуживает внимание опыт проведения совместных выездных встреч представителей Пенсионного фонда и Территориального фонда ОМС с руководителями предприятий, а работа с налогоплательщиками и страхователями приносит реальные плоды. Как показывает практика, результативность этой работы возможна при конструктивном взаимодействии с администраторами доходов бюджета Фонда – Федеральной налоговой службой и Пенсионным фондом России.

Опыт работы Томского фонда ОМС в условиях реализации одноканального финансирования в системе ОМС Томской области



В.Г. Козлов,
исполнительный директор Томского ТФОМС

Одно из основных новшеств программы модернизации здравоохранения субъектов РФ – кардинальное изменение подхода к финансированию системы здравоохранения – переход на одноканальное финансирование, при котором все денежные средства, предназначенные для финансирования медучреждений, должны аккумулироваться в территориальных фондах обязательного медицинского страхования субъектов РФ и непосредственно оттуда поступать в больницы.

Осуществление перехода на одноканальную модель финансирования в системе ОМС является одной из приоритетных задач развития здравоохранения.

Томская область одной из первых начала решение этой задачи в рамках реализации пилотного проекта «Модернизация системы здравоохранения Томской области».

В системе ОМС по состоянию на 01.01.2010 г. работали 72 медицинские организации, из них: 50 муниципальных; 3 областных; 10 ведомственных; 9 частных. На одноканальное финансирование были переведены все

медицинские организации за исключением ведомственных.

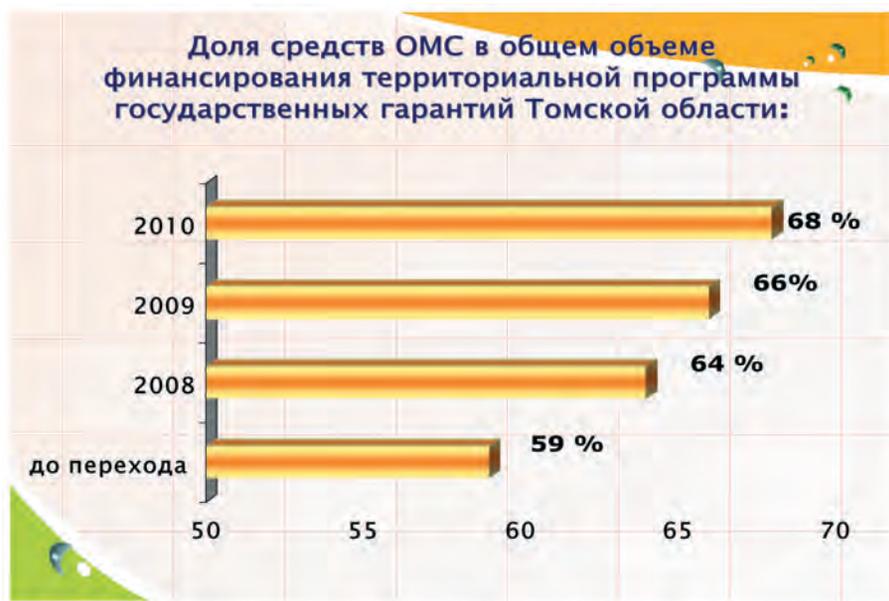
Переход на одноканальное финансирование через систему ОМС путем введения оплаты медицинских услуг по полному тарифу был осуществлен поэтапно, в течение 2006-2007 гг.

С 01.01.2006 г. в стоимость медицинских услуг и структуру тарифов ОМС были включены расходы на текущее содержание ЛПУ: на оплату коммунальных услуг, услуг связи; на текущий ремонт помещений и оборудования, приобретение ГСМ, канцелярских принадлежностей, оплату аренды и прочих услуг.

В 2007 г. были введены расходы на проведение капремонта и приобретение медицинского оборудования. Доля средств ОМС в ТПГГ в 2005 г. (до перехода) составляла 46%, в 2010 г. - 68%.

Финансовым источником одноканального финансирования стало увеличение страховых взносов на ОМС неработающего населения в бюджете Томского фонда ОМС.

Законодательно новые принципы финансового обеспечения ЛПУ были закреплены в областном бюджете (отдельными статьями о составе расходов ЛПУ) и постановлениями Администрации области, регламентирующими расширение структуры тарифов системы ОМС.



По итогам анализа расходов на текущее содержание ЛПУ, производимых за счет муниципальных бюджетов и бюджета субъекта, проведенного в конце 2005 г., было произведено планирование этих расходов на очередной финансовый год для передачи в систему ОМС с учетом установленных темпов роста по категориям затрат. Таким образом, определился размер увеличения платежа на ОМС неработающего населения за счет перераспределения в систему ОМС средств, ранее предусматриваемых в иных бюджетах на содержание ЛПУ. Учитывая ограниченность этого источника, федеральные и ведомственные ЛПУ были оставлены на финансировании по 5 статьям, так как их содержание обеспечивается средствами соответствующих бюджетов.

При переходе на одноканальное финансирование учитывалась необходимость постоянного мониторинга этого процесса в ЛПУ по следующим причинам:

- расходы на текущее содержание ЛПУ (прежде всего оплату коммунальных услуг) относятся к разряду постоянных и не уменьшаются при невыполнении объемов медицинской помощи;
- при невыполнении объемов медицинских услуг поступление средств ОМС сокращается, расходы на текущее содержание сохраняются;
- возможен дефицит средств в ЛПУ при превышении фактических расходов на текущее содержание по сравнению с плановыми расходами, учтенными в тарифах ОМС.

Мониторинг с 2006 и в последующие годы проводится Медицинским информационно-аналитическим центром

по следующим показателям: размер «заработанных» средств ОМС за период; планируемые расходы по статьям затрат всего и по видам медицинской помощи; просроченная кредиторская задолженность по статьям расходов и отчет ЛПУ о ее причинах.

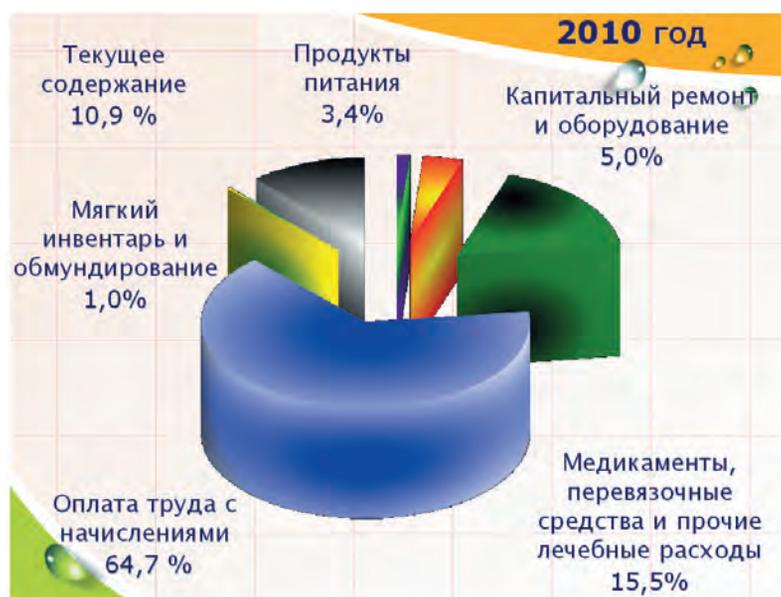
Результаты мониторинга позволяют из общего числа ЛПУ выявлять наиболее проблемные для оперативного решения организационных и финансово-экономических вопросов.

Для снижения финансовых рисков ЛПУ в Порядке оплаты медицинской помощи была предусмотрена возможность их авансирования до 70% не позднее 20 числа текущего месяца с учетом сроков оплаты счетов за обязательные платежи.

С момента перехода на одноканальное финансирование в системе ОМС Томской области наблюдается устойчивая тенденция роста стоимости медицинской помощи, оказываемой в рамках терпрограммы ОМС, по категориям расходов, включенным в базовую программу ОМС, и расходам на текущее содержание ЛПУ.

Несмотря на постоянный рост финансирования (ежегодно в среднем на 15%), в системе ОМС Томской области наблюдается значительный дефицит финансового обеспечения терпрограммы ОМС по сравнению с потребностью, рассчитанной на основе подушевого норматива, установленного в базовой программе ОМС (на 5 статей).

Одновременно с внедрением одноканального финансирования была начата работа по совершенствованию сложившейся системы оплаты медицинской помощи,



заклучавшейся в переводе ЛПУ, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь и имеющих прикрепленное население, на финансирование на основе подушевых нормативов с фондодержанием.

Медицинскими организациями-фондодержателями стали 48 поликлиник, имеющих прикрепленное население: общие врачебные практики, поликлиники центральных районных больниц, самостоятельные поликлиники и поликлинические отделения ЛПУ г. Томска, работающие в системе ОМС ведомственные и частные ЛПУ (за исключением стоматологических поликлиник и женских консультаций).

Фондодержание (ФД) – способ финансирования, при котором подушевой норматив финансирования МО-фондодержателя включает финансовые средства, обеспечивающие собственную деятельность, и дополнительные средства (фонды) для взаиморасчетов за медицинские услуги, оказанные прикрепленным гражданам в других стационарных и поликлинических учреждениях по тарифам, действующим в системе ОМС.

Внедрение фондодержания осуществлялось в рамках реализации территориального пилотного проекта также в несколько этапов:

1 этап (2006 г.) - введение частичного фондодержания, при котором в подушевой норматив включены дополнительные средства, обеспечивающие расчеты за консультативно-диагностические услуги, оказанные

областными (специализированными) поликлиниками и диспансерами, и расчеты за внешние услуги МО-фондодержателей, оказываемые неприкрепленным гражданам;

2 этап (2007 г.) – в фондодержание была включена оплата плановой стационарной и стационарозаменяющей помощи;

3 этап (2008 г.) – включение в систему взаиморасчетов по фондодержанию экстренной стационарной помощи (с 01.01.2009 г. экстренная помощь была исключена из ФД).

Вся система взаиморасчетов была организована через страховые медицинские организации (СМО) – прямые взаиморасчеты между МО-фондодержателями и МО-исполнителями не вводились.

Для внедрения оплаты амбулаторно-поликлинической помощи на основе ФД была разработана Методика определения дифференцированных подушевых нормативов финансирования МО-фондодержателей.

Формирование подушевых нормативов производится на основе одинаковых принципов для всех МО-фондодержателей:

1) формирование подушевого норматива на собственную деятельность МО-фондодержателя на основе единого среднего показателя, который дифференцируется по 2 коэффицентам:



- территориальной дифференциации, учитывающего удорожание медицинских услуг в зависимости от территориального расположения МО-фондодержателя в южных или северных районах области;

- половозрастных затрат, учитывающего дифференциацию стоимости услуг за счет половозрастного состава прикрепленных граждан;

2) формирование по единым критериям средств на фондодержание для оплаты плановой стационарной помощи, внешних консультативно-диагностических и лечебных услуг, стационарозамещающей помощи.

В 2006 г. подушевые нормативы МО-фондодержателей включали «частичные» дополнительные средства на оплату амбулаторно-поликлинической помощи, оказываемой только 4 областными учреждениями. Первыми результатами реализации ФД было значительное сокращение потока направляемых в областные учреждения пациентов.

46% средств, предназначенных в подушевых нормативах на оплату услуг областных учреждений, остались у фондодержателей. Впоследствии сокращение объемов деятельности и объемов финансирования областных учреждений повлекло за собой необходимость их реорганизации.

С 01.05.2007 г. в систему взаиморасчетов были включены плановая стационарная и стационарозамещающая помощь (за исключением помощи по акушерско-гинекологическим профилям и помощи в отделениях хронического гемодиализа ОГУЗ «ТОКБ»). Ответственность за планирование потоков и финансовые риски фондодержателей возросли, в связи с чем в Методике было предусмотрено формирование нормативов с учетом использования фонда сбалансированности для выравнивания подушевых нормативов отдельных фондодержателей с учетом фактически сложившегося уровня расходов на оказание плановой стационарной помощи.

В системе оплаты медицинской помощи в рамках ФД было предусмотрено право МО-фондодержателя контролировать объемы медицинской помощи и возможность отказать в оплате при выявлении случаев оказания медицинской помощи без первичного направления либо необоснованного завышения объемов медицинской помощи. Для урегулирования вопросов взаимодействия сторон была предусмотрена экспертная деятельность СМО. После проведения экспертизы обоснованности оказания медицинской помощи, отказанной в оплате, СМО удерживает штраф с виновной стороны.

По статистике СМО, в 2007 г. ежемесячно поступало от 30 до 40 писем-отказов от фондодержателей. Результаты проведенных экспертиз показывали, что в 30%

случаев отказы были необоснованны. В целом по итогам 2007 г. экономия средств у фондодержателей составила 55 млн. руб. или 12 % от средств, предусмотренных на оплату медицинской помощи прикрепленному населению, из-за снижения на 20% объемов плановой стационарной и стационарозамещающей помощи в мае-декабре 2007 г. по отношению к этому же периоду 2006 г.

В 2008 г. система взаиморасчетов была расширена за счет включения экстренной стационарной помощи.

Практика показала, что оплата экстренной стационарной помощи за счет средств подушевого финансирования поликлиник резко увеличила финансовые риски фондодержателей, особенно самостоятельных, не входящих в состав медицинских объединений. Для избежания ухудшения финансового состояния поликлиник, с 1 января 2009 г. из оплаты по фондодержанию были полностью исключены расчеты за экстренную стационарную помощь.

В 2009 г. в системе ОМС Томской области функционировали 44 МО-фондодержателя. На расчеты в рамках ФД в подушевые нормативы были заложены средства в размере 754,1 млн. руб., из них для оплаты медицинской помощи МО-фондодержателями израсходовано 708,6 млн. руб. или 94%.

По итогам года 6% сэкономленных средств остались у фондодержателей.

Положительными результатами введения одноканального финансирования и фондодержания явилось следующее:

1. Повышение самостоятельности и ответственности ЛПУ в организации планирования и расходования средств на оказание медицинских услуг.
2. Повышение заинтересованности ЛПУ в сокращении нерациональных расходов, в том числе на текущее содержание.
3. Обеспечение жесткой увязки объемов финансирования и объемов оказания медицинских услуг.
4. Повышение возможности усиления контроля за использованием средств, полученных из одного источника.
5. Снижение мотивации к необоснованному наращиванию количества посещений, длительности госпитализации, назначению излишних консультаций.
6. Ускорение сроков восстановления трудоспособности за счёт интенсивности медицинских технологий.

7. Повышение мотивации фондодержателя по улучшению доступности и качества медицинской помощи за счёт количества прикрепленного населения.

В то же время необходимо отметить следующее:

1. Введение одноканального финансирования происходило в условиях хронического дефицита финансового обеспечения терпрограммы ОМС.

2. В эксперимент были включены ЛПУ с разной степенью развития материально-технической базы и значительным различием в потребности ее обеспечения и

развития, что, в свою очередь, влияло на уровень финансовой стабильности отдельных ЛПУ.

3. Включение затрат в состав тарифа ОМС не обеспечило проведение масштабных капитальных ремонтов и значительного обновления оборудования из-за ограниченности финансовых средств. При использовании полученных доходов в ЛПУ произошло перераспределение средств, предназначенных на капремонт и оборудование, на расходы по оплате коммунальных услуг и прочих затрат на текущее содержание.

Деятельность страховых представителей в системе ОМС Кемеровской области



И.Г. Иванов,
начальник отдела
организации защиты
прав граждан территориального фонда
ОМС Кемеровской
области

С 2008 года в Кемеровской области проводится ежемесячный мониторинг доступности, качества медицинской помощи в медицинских организациях, работающих в системе ОМС.

В рамках мониторинга ведется работа по направлениям:

- контроль очередности медицинской помощи (очередность посещений, диагностических услуг, госпитализаций в круглосуточные стационары, на стационар о н а р о з а м е щ а ю щ у ю медицинскую помощь);
- контроль обоснованности оказания платных медицинских услуг при не выполнении объемов медицинской помощи по ОМС;
- очная экспертиза медицинской помощи;
- деятельность представителей страховщиков в ЛПУ;
- социологические опросы населения для оценки удовлетворенности граждан медицинской помощью, организации оказания медицинской помощи.

Страховые представители работают в медицинских организациях Кемеровской области со второго полугодия 2008 года.

Областной Согласительной комиссией принят регламентирующий деятельность представителей СМО в ЛПУ

нормативный акт – «Положение о контроле качества медицинской помощи в системе ОМС Кемеровской области», приложением к которому определен «Порядок организации работы представителей СМО в ЛПУ системы ОМС Кемеровской области».

В Порядке отражены организация работы представителей, их функции, права и обязанности, действия при разрешении спорных ситуаций.

В первом полугодии 2010 года 68 страховых представителей СМО работали в 134 подразделениях 62 медицинских учреждений 32 муниципальных образований.

К страховым представителям обратились около 3 тыс. граждан, что составило 5,5% от всех обращений или 114 обращений на 100 тыс. застрахованных.

За дежурство представителя СМО в ЛПУ регистрировалось 5 обращений.

Работа представителей, как правило, ведется по графикам. Информация о графиках, часах работы представителей размещается на информационных стендах.

Структура обращений к представителям СМО следующая:

- обеспечение полисами – 35%,
- обеспечение отдельными видами медицинской помощи – 30%,
- доступность медицинской помощи – 28%,
- прочие обращения 7%.

Страховые представители в ЛПУ Кемеровской области, 6 мес. 2010 г.

Представители работают с 2008 года

Регламентирующий деятельность нормативный правовой акт принят ОСК:

- Положение о контроле качества медицинской помощи в системе обязательного страхования Кемеровской области
- Порядок организации работы представителей страховых медицинских организаций в лечебно-профилактических учреждениях системы обязательного страхования Кемеровской области

Структура документа:

- Организация работы
- Функции
- Права и обязанности
- Действия при разрешении спорных ситуаций

Страховые представители в ЛПУ Кемеровской области, 6 мес. 2010 г.



В 2010 году в СМО «Сибирь», имеющей 90% страхового поля по ОМС, начал работать «мобильный пост качества».

В состав «мобильного поста качества» включаются эксперты-организаторы, эксперты качества, клинические фармакологи. Руководствуясь предварительными результатами мониторингов обращений застрахованных в СМО, МЭК реестров, МЭЭ медицинской документации и экспертного контроля качества медицинской помощи, группа специалистов работает в проблемных подразделениях ЛПУ в течение 2-3 недель.

В ЛПУ специалистами СМО проводится анкетирование пациентов, очная экспертиза, в том числе по обоснованности госпитализаций, анализ формуляра лекарственных средств медицинского учреждения с оценкой адекватности, рациональности назначаемой медикаментозной терапии.

Информация о выявленных специалистами МПК недостатках доводится страховой медицинской организацией до территориальных органов управления здравоохранением и используется для принятия управленческих решений.

Эта работа позволила в 2 ведущих муниципальных учреждениях здравоохранения г. Кемерово снизить количество обоснованных жалоб в 2,5 раза.

Д.Ш. Абдулазизов

Исполнительный директор Территориального фонда ОМС Чеченской Республики

Талант управленца в развитии системы ОМС

Распоряжение о создании Территориального фонда обязательного медицинского страхования в Чеченской Республике было издано Представительством Правительства Российской Федерации в Чеченской Республике 29 марта 2000 года. Это было сложное время, и реализация политики государства в части введения системы обязательного медицинского страхования в регионе сопровождалась всевозможными трудностями. Это была новая структура в системе здравоохранения и, как все важные социальные направления требовала внимания руководства республики. Благодаря четкой политике руководства республики по восстановлению социальной сферы были созданы все условия для полноценного развития системы ОМС в Чеченской Республике. Решить задачу в этом непростом деле Рамзан Кадыров возложил на нового человека в своей команде Денилбека Абдулазизова. Ему-то и предстояло поднять систему обязательного медицинского страхования на должный уровень и сделать эту структуру гарантом соблюдения прав пациентов в получении бесплатной медицинской помощи.

Результат не заставил себя ждать. Благодаря упорной работе нового руководителя Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики и его команды было достигнуто взаимопонимание в решении проблем, возникших еще до прихода нового руководства. Уже совсем скоро было налажено тесное взаимодействие с руководством Федерального фонда ОМС, без поддержки которого нынешние успехи в деятельности ТФ ОМС ЧР не представлялись бы возможными.

И сегодня совершенствование системы обязательного медицинского страхования – приоритетное направление в работе молодого и энергичного руководителя Фонда ОМС Чеченской Республики. Эта работа направлена на повышение качества и доступности оказания медицинской помощи населению, создание эффективных механизмов реализации прав граждан в сфере охраны здоровья.

За последние годы в Чеченской Республике произошли существенные изменения на всех уровнях ее развития. От восстановления к новому этапу перешла и система здравоохранения Чечни. Поддерживая политику Главы



Исполнительный директор Территориального фонда ОМС Чеченской Республики Д.Ш. Абдулазизов на рабочем месте



Председатель ФОМС А.В. Юрин и исполнительный директор ТФ ОМС Чеченской Республики Д.Ш. Абдулазизов (Приезд А.В. Юрина на торжественное открытие административного здания ТФ ОМС ЧР)



*Административное здание Территориального фонда ОМС Чеченской Республики
(г. Грозный, ул. Ипподромная, 5)*

Чеченской Республики, направленную на интенсивное развитие региона, совершенствование работы учреждений здравоохранения и более качественное оказание медицинской помощи больным, – это то, к чему стремится Денилбек Абдулазизов и, также, его коллектив.

Результаты деятельности Территориального фонда ОМС Чеченской Республики ощутимы и очевидны. Врачи отдела по защите прав застрахованных и медицинской экспертизы Фонда осуществляют постоянный контроль качества и доступности медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях республики. Своевременное финансирование медицинских учреждений, функционирующих в системе ОМС республики, обеспечивает финансово-экономическая служба Фонда, специалисты которой ведут большую работу по оптимизации бюджета территориального фонда ОМС, что, в конечном счете, позитивно сказывается на качестве медицинской помощи, оказываемой в рамках ОМС.

Разумеется, основными рычагами в деле преобразований в системе ОМС Чеченской Республики, наряду с системой здравоохранения республики, в целом являются мероприятия, намеченные Правительством Российской Федерации на 2011-2013 годы. Это и принятие нового Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании», это и разработка программы модернизации здравоохранения Чеченской Республики, над которой трудятся в одной команде работники Министерства здравоохранения и Фонда ОМС республики. Все эти мероприятия в конечном итоге нацелены на решение важ-

ных вопросов, таких как оснащение учреждений здравоохранения дополнительным медицинским оборудованием, утверждение стандартов медицинской помощи, повышение уровня информационного, программного обеспечения, вопросов, связанных с организацией персонализированного учета оказанной медицинской помощи и, конечно же, повышение уровня оплаты труда медицинских работников. Все это позволит построить систему, отвечающую современным требованиям, сочетающую четкое соблюдение предоставленных гражданам социальных гарантий и достойные условия жизни и труда для медицинских работников.

Сегодня мы с уверенностью можем сказать, что система обязательного медицинского страхования – это целый ряд важных мероприятий, направленных, прежде всего, на улучшение жизни нашего населения, на оказание доступной и качественной медицинской помощи. Для реализации всех этих направлений руководством Фонда создана целая система, которая четко функционирует уже несколько лет, построенная таким образом, что каждый сотрудник отвечает за конкретные задачи и имеет одну общую коллективную цель, к достижению которой и стремятся работники Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, возглавляемые талантливым управленцем, кавалером «Ордена Кадырова» Денилбеком Абдулазизовым.

С. В. Козаченко,

Директор Красноярского краевого фонда обязательного медицинского страхования

Практический опыт по реализации права неработающего гражданина на выбор (замену) страховой медицинской организации на территории Красноярского края в 2009 году

Развитие и совершенствование системы обязательного медицинского страхования является сегодня одним из приоритетных направлений государственной политики в области организации здравоохранения в России.

14 июля 2008 года Президент Дмитрий Медведев на совещании в Клину по вопросу развития здравоохранения обратил внимание на необходимость обеспечить исполнение закона об обязательном медицинском страховании и «работать на благо пациента с тем, чтобы его права и на выбор медицинского учреждения, и на выбор самой страховой компании были реально действующими».

С целью реализации поставленных перед системой обязательного медицинского страхования задач, в 2009 году в Красноярском крае разработана и реализована модель выбора неработающим населением страховой медицинской организации. Проект разработан Министерством здравоохранения Красноярского края (страхователь неработающего населения) и Красноярским краевым фондом обязательного медицинского страхования (Красноярский КФОМС) при поддержке Законодательного собрания Красноярского края.

18 июня 2009 года Законодательным собранием Красноярского края был принят Закон «О внесении изменений в статью 9.1. Закона Красноярского края «О реализации государственных гарантий оказания населению края бесплатной медицинской помощи». Законом установлено право гражданина на самостоятельный выбор (замену) страховой медицинской организации и определено, что Правительство Красноярского края определяет страхователя при обязательном медицинском страховании неработающего населения и, кроме того, определяет порядок выбора (замены) страховой медицинской организации.

Во исполнение Закона был подготовлен пакет законодательных актов и организационно-распорядительных



С.В. Козаченко,
директор Красноярского краевого фонда обязательного медицинского страхования

документов, регулирующих деятельность субъектов системы ОМС при реализации права неработающего гражданина на выбор СМО.

Законодательные акты - Постановление Правительства Красноярского края от 06.10.2009 г. № 500-п «О внесении изменений в постановление Совета администрации Красноярского края от 23.05.2005 г. № 135-п «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования граждан на территории Красноярского края»; Постановление Правительства Красноярского края от 06.10.2009 г. № 501-п «Об утверждении порядка выбора (замены) страховой медицинской организации неработающим гражданином».

Организационно-распорядительные документы - Соглашение между Минздравом Красноярского края и Красноярским КФОМС о взаимодействии в целях обя-

зательного медицинского страхования неработающего населения края; совместные Рекомендации Министерства здравоохранения Красноярского края и Красноярского КФОМС для страховых медицинских организаций по вопросам организации обязательного медицинского страхования неработающего населения края, Порядок ведения базы данных застрахованных граждан и Порядок учета страховых медицинских полисов обязательного страхования граждан и бланков заявлений на территории Красноярского края.

Внесены изменения в договор территориального фонда обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией и издан организационный Приказ Красноярского КФОМС.

В состав базы нормативно-правовых и организационно-распорядительных документов, которая определила главные принципы реализации в крае разработанной модели выбора неработающим населением страховой медицинской организации, вошли как действующие законодательные документы (Закон о медицинском страховании граждан в Российской Федерации), так и вновь разработанные – Закон Красноярского края, два постановления Правительства края, Приказ Минздрава края и два приказа Красноярского КФОМС.

Сформированная документальная база позволила реализовать четкие и согласованные действия всех участников кампании при внедрении в жизнь модели выбора

неработающим населением края страховой медицинской организации (Рисунок 1).

Порядок заявления СМО о согласии на осуществление обязательного медицинского страхования неработающих граждан на территории Красноярского края определен Приказом Министерства здравоохранения края от 12.10.2009 г. № 447-орг «Об утверждении Порядка заявления страховыми медицинскими организациями согласия на осуществление обязательного медицинского страхования неработающего населения на территории Красноярского края».

Страховые медицинские организации для включения в перечень СМО, имеющих право на ОМС неработающих граждан на территории края, обращались в установленном порядке в Министерство здравоохранения края с заявлением (форма заявления установлена Приказом Минздрава № 447-орг) о согласии осуществлять обязательное медицинское страхование неработающих граждан на территории Красноярского края и заключать договор обязательного медицинского страхования неработающих граждан.

Обязательные требования к СМО:

- наличие лицензии на осуществление обязательного медицинского страхования на территории Красноярского края;



Рисунок 1



Рисунок 2



Рисунок 3

- согласие осуществлять обязательное медицинское страхование неработающего населения края;
- заключение договора страхования со страхователем неработающих граждан – Министерством здравоохранения края.

К деятельности по осуществлению ОМС неработающего населения получили допуск все СМО, представившие свое согласие и отвечающие установленным требованиям. Это ЗАО МСО «Надежда», ООО МСК «Медика-Восток», ЗАО СО «Корпорация медицинского страхования», филиал «Красноярск-РОСНО-МС», Красноярский и Норильский филиалы СК «Согласие-М», Зеленогорский филиал МАСК «Макс-М», ЗАО СМК «Сибирский Спас-Мед» в г. Красноярске, филиал ООО СК «Ингосстрах-М» в г. Красноярске.

В целях информирования неработающего населения, страхователь неработающих граждан края – Министерство здравоохранения Красноярского края – опубликовал перечень СМО в краевой государственной газете «Наш Красноярский край» и разместил его на своем официальном сайте.

В Постановлении Правительства края «Об утверждении порядка выбора (замены) страховой медицинской организации неработающим гражданином» определены нормы и правила выбора. Во-первых, это время и периодичность выбора (замены) страховой

медицинской организации неработающим гражданином. Он осуществляется на срок не менее 1 календарного года и не чаще одного раза в год, в период с 1 октября до 1 декабря календарного года на основании заявления гражданина установленной формы. Во-вторых, страхование несовершеннолетних и недееспособных граждан проводится их законными представителями. В-третьих, в случае приобретения статуса неработающего гражданина в течение текущего календарного года заявитель представляет заявление в выбранную им СМО, в любое время, в течение календарного года. Одновременно с заявлением неработающим гражданином (или его законным представителем) предъявляется документ, удостоверяющий личность, и документы, подтверждающие проживание на территории Красноярского края и статус неработающего гражданина (при их наличии), в том числе:

- для граждан в возрасте старше 14 лет (учащиеся, студенты) - документ, подтверждающий обучение в учебном заведении по очной форме (справка с места учебы, ученический или студенческий билет);
- для неработающих пенсионеров и инвалидов - пенсионное удостоверение;
- для временно неработающих граждан трудоспособного возраста – трудовая книжка с записью об увольнении с последнего места работы.

Схема взаимодействия между субъектами обязательного медицинского страхования



Рисунок 4

Итоги кампании по выбору СМО неработающим населением Красноярского края в 2009 г.

Период	Количество граждан, имеющих полис ОМС						
	Всего	в том числе					
		работающие		неработающие			
		чел.	%	чел.	%	в том числе сделавшие выбор	
чел.	%						
на 02.11.2009 начало кампании	2 763 611	1 158 979	41,9	1 604 632	58,1	-	-
на 20.12.2009 окончание кампании	2 792 536	1 151 206	41,2	1 641 330	58,8	869 099	53,0
Изменение	28 925/1,0%	-7 773	-0,7	36 698	2,3	-	-

Рисунок 5

Могут быть представлены и иные документы, например, справка службы занятости, справка об инвалидности и т.д. Поскольку некоторые категории неработающих граждан не могут подтвердить свой статус документом (дети, оставшиеся без попечения родителей, неработающие граждане трудоспособного возраста, ранее нигде не работавшие, и другие исключения), установлено, что непредъявление документа, подтверждающего статус неработающего, не является основанием для отказа в выдаче ему полиса ОМС (Рисунок 2).

Полис ОМС выдается гражданину в день обращения с заявлением о выборе (замене) СМО, одновременно сдается ранее действующий полис ОМС.

В заявлении гражданин самостоятельно указывает срок, на который он просит выдать полис ОМС.

В случае подачи заявления законным представителем неработающего гражданина заявитель дополнительно предъявляет документ, удостоверяющий его личность, и документ, подтверждающий его полномочия по представлению интересов гражданина. При страховании детей основным документом, подтверждающим проживание на территории Красноярского края, является паспорт одного из родителей с отметкой о регистрации на территории края. При страховании иностранных граждан предъявляется документ, удо-

стоверяющий личность и вид на жительство, а для лиц без гражданства – вид на жительство.

В случае принятия СМО решения об отказе в предоставлении полиса ОМС заявителю вручается письменное уведомление о принятом решении с указанием причины отказа и возвращается ранее сданный заявителем полис ОМС (в случае его сдачи).

Если неработающий гражданин (или его законный представитель) не представил заявление о выборе (замене) СМО в установленный срок, то такой гражданин считается застрахованным в СМО, в которой получил последний полис ОМС до выбора (замены) гражданином иной СМО.

Численность неработающих граждан, застрахованных в СМО, определяется и фиксируется в договорах обязательного медицинского страхования неработающих граждан между СМО и Минздравом по базе данных застрахованных граждан, формируемой Красноярским КФОМС. Численность застрахованных граждан, указанная в договорах обязательного медицинского страхования неработающих граждан, подлежит обязательной ежеквартальной корректировке путем подписания дополнительного соглашения к договору обязательного медицинского страхования неработающих граждан.

**Количество застрахованного неработающего населения
Красноярского края по итогам кампании, в разрезе СМО по состоянию
на 20.12.2009 г .**

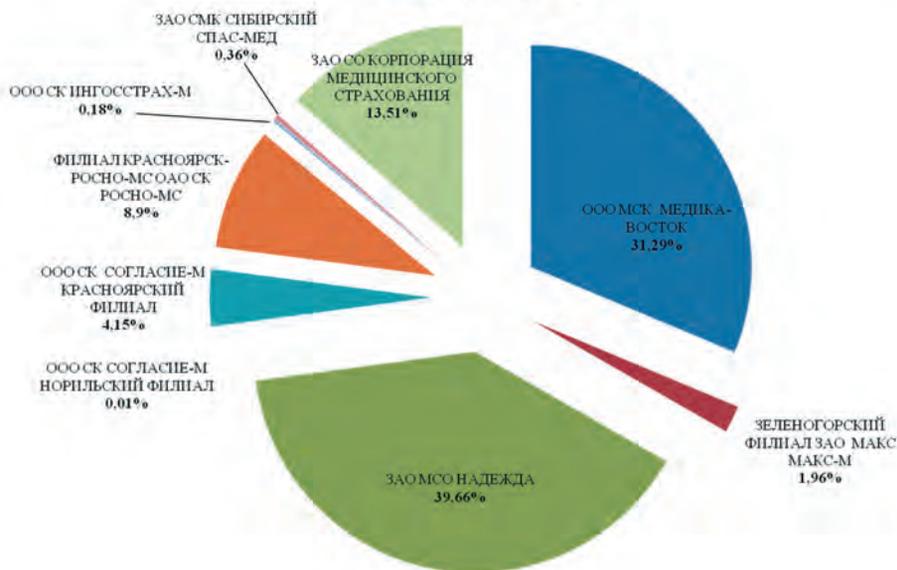


Рисунок 6

Разработанный и принятый Порядок выбора (замены) страховой медицинской организации оказался на практике понятным, четким и приемлемым, а потому – эффективным, как в целом показали результаты реализации выбора СМО неработающим населением (Рисунок 3).

Резюмируя итоги реализации модели выбора неработающим населением страховых медицинских организаций в Красноярском крае в 2009 году, можно вычлнить несколько основных этапов и ключевых мероприятий.

Выбор СМО неработающими гражданами на территории Красноярского края в 2009 году осуществлялся с 3 ноября до 20 декабря. Министерством здравоохранения Красноярского края и Красноярским КФОМС были проведены ряд совместных совещаний, в ходе которых рассматривалось моделирование возможных ситуаций и предполагаемые риски при осуществлении страхования неработающих граждан в условиях выбора (замены) СМО. По итогам совещаний был разработан совместный план первоочередных мероприятий.

Кроме того, были подготовлены и направлены в адрес глав администраций муниципальных образований Красноярского края соответствующие разъяснения и обращения о предоставлении всем СМО равных условий при работе с неработающим населением.

Руководителям учреждений здравоохранения было направлено разъяснение «Об оказании медицинской помощи неработающим гражданам в условиях реализации права на выбор СМО» для обеспечения беспрепятственного оказания медицинской помощи всем неработающим гражданам.

Был разработан и утвержден новый порядок формирования и ведения базы данных застрахованных граждан края, внесены изменения в договор Красноярского КФОМС и СМО о финансировании, которые определили финансовую ответственность СМО за предоставление недостоверных данных о застрахованных гражданах. Было разработано необходимое программное обеспечение.

Красноярским КФОМС совместно с Министерством здравоохранения Красноярского края и СМО была организована работа по оформлению достаточного количества бланков полисов ОМС и бланков заявлений о выборе (замене) СМО, а также решены вопросы по их доставке в отдаленные северные территории края.

2 ноября 2009 года состоялось подписание договоров об обязательном медицинском страховании неработающего населения Красноярского края между Министерством здравоохранения Красноярского края и СМО, представившими в установленном порядке своё согласие на осуществление ОМС неработающих граждан Красноярского края (Рисунок 4).

Всем СМО были созданы равные стартовые условия по страхованию неработающего населения края: 3 ноября 2009 года в Красноярском КФОМС и его филиалах, расположенных в отдаленных территориях (Таймыр, Эвенкия, Норильск), состоялась одновременная выдача подготовленных бланков полисов ОМС и заявлений о выборе (замене) СМО.

Для информирования неработающего населения края о проведении кампании по выбору СМО подготовлен информационно-разъяснительный материал. На сайте Красноярского КФОМС был создан специальный раздел «Страхование неработающих граждан». В нем размещены нормативно-правовые документы, информация для неработающих граждан и перечень СМО с указанием адресов, телефонов, режима работы пунктов выдачи полисов ОМС. Было обеспечено оперативное обновление информации о вновь открывающихся пунктах выдачи полисов ОМС.

В краевой газете «Красноярский рабочий» и в газетах муниципальных образований края была опубликована аналитическая статья «Полис - всем, гарантии – каждому». Важно, что эта статья вышла практически одновременно в СМИ на всей территории края: в газетах «Ачинская газета» (г. Ачинск), «Экран-информ» (г. Назарово), «Заполярный вестник» (г. Норильск), «Сельский труженик» (с. Тасеево), «Власть труда» (г. Минусинск) и в других изданиях, что дало возможность оперативно проинформировать большую часть населения, поскольку кампания по выбору СМО имела ограниченные временные рамки.

В общественных местах и организациях социальной сферы были размещены плакаты, на которых была указана информация с учетом особенностей каждого региона, общим тиражом 2 600 экземпляров: в отделениях Пенсионного фонда РФ по Красноярскому краю, отделениях труда и занятости населения, медицинских учреждениях и учреждениях соцзащиты, высших учебных заведениях г. Красноярска, отделениях Почты России, территориальных отделах агентства ЗАГС и других. В информационных плакатах были указаны наименования СМО, имеющих право на ОМС неработающих граждан на данной территории, их адреса, телефоны, точный режим работы. На основных телеканалах края транслировался информационный ролик. Во всех крупных городах и населенных пунктах Красноярского края были установлены информационные баннеры. В период проведения кампании прошли 2 брифинга с участием руководителей Минздрава края и Красноярского КФОМС, было выпущено 3 пресс-релиза, которые затем легли в основу десятков публикаций в СМИ как краевого, так и федерального уровня. При этом проведение кампании по выбору неработающим населением стало информационным поводом для всех видов СМИ – начиная с телевиде-

ния и радио и заканчивая информагентствами и специализированными Интернет-порталами (Рисунок 5).

Для проведения консультаций для населения по организации обязательного медицинского страхования неработающих граждан использовался телефон доверия «Право на здоровье» 8-800-700-000-3, для которого Красноярский КФОМС разработал перечень типичных вопросов и ответов.

С целью оперативной оценки деятельности СМО при страховании неработающих граждан Красноярским КФОМС и его филиалами ежедневно, в оперативном режиме, проводился мониторинг и анализ поступающих обращений и жалоб от неработающих граждан Красноярского края. По каждому случаю проводилась разъяснительная работа с заинтересованными сторонами и принимались необходимые меры по ликвидации причин, повлекших обращение граждан. Всего поступило 234 обращения жителей края, из них 29 были адресованы Красноярскому КФОМС, 30 – страховым организациям, 175 было принято по телефону доверия «Право на здоровье». В ходе кампании зафиксировано 19 жалоб, которые были рассмотрены оперативно. На все вопросы граждан по поводу страхования специалисты Красноярского КФОМС, сотрудники страховых медицинских организаций и телефона доверия «Право на здоровье» дали исчерпывающие ответы.

В период выбора СМО Красноярский КФОМС обеспечил своевременный прием и обработку данных о застрахованных неработающих гражданах на территории края, поступающих от СМО. Ежедневно проводился мониторинг выдачи полисов ОМС неработающим гражданам.

В результате проведенной организационной работы воспользовались правом и выбрали СМО с 3 ноября до 20 декабря 2009 года 869 099 неработающих граждан или 53 % от числа всех неработающих. Эти граждане получили новые полисы ОМС (Рисунок 6).

Красноярский край стал одной из территорий в России (после Пермского края), где был применен новый порядок страхования неработающего населения. Реализация нового порядка страхования прошла организованно, без сбоев. Территориальные фонды ОМС принимают все меры для того, чтобы полис ОМС действительно был документом, удостоверяющим право гражданина на бесплатную медицинскую помощь. Тем более, что задача по защите прав застрахованных граждан является одной из главных задач и для госорганов, и для участников системы ОМС.

Основой планируемой модернизации здравоохранения станет изменение законодательства об обязательном медицинском страховании. Население страны ждет этих изменений в виде качественного улучшения предоставляемой медицинской помощи и соответствующих

государственных гарантий. При этом опыт участников системы ОМС Красноярского края ценен и актуален и может быть полезен как для практической работы других территориальных фондов, так для законодательной практики готовящихся масштабных изменений.

Все нормативно-правовые документы и информационные материалы можно посмотреть на официальном веб-сайте Красноярского КФОМС в разделе «Для граждан / Страхование неработающего населения Красноярского края» по адресу: www.krasmed.ru

Справка

В системе обязательного медицинского страхования (ОМС) Красноярского края действуют Красноярский краевой фонд обязательного медицинского страхования (Красноярский КФОМС), 8 страховых медицинских организаций (СМО), 153 медицинских учреждения. За счёт средств системы ОМС жители Красноярского края получают бесплатную медицинскую помощь в медицинских учреждениях. Численность застрахованных по ОМС за 2009 год увеличилась на 22 038 человек и составила 2 839 388 человек. Из них работающие граждане - 42,2 процента, 57,8 процента – неработающие.

Красноярский краевой фонд обязательного медицинского страхования (Красноярский КФОМС) – некоммерческое государственное финансово-кредитное учреждение, в структуру фонда входит исполнительная дирекция и 10 региональных филиалов.

Бюджет Красноярского КФОМС на 2010 год – 14 млрд. рублей. Из него финансируются территориальная Программа ОМС в составе Программы государственных гарантий оказания жителям Красноярского края бесплатной медицинской помощи, в т.ч. зарплата медицинских работников и оплата лечебного процесса, приоритетный национальный проект «Здоровье» и меры социальной поддержки отдельных категорий граждан.

С 2009 года в крае осуществляется поэтапный перевод учреждений здравоохранения на преимущественно одноканальное финансирование через систему ОМС. На него были переведены 5 краевых учреждений здравоохранения. Объем финансирования составил 791 млн. 870,9 тыс. рублей. При этом произошло сокращение длительности госпитализации в круглосуточном стационаре и увеличение объемов стационарозамещающих технологий. Возросло соотношение числа пролеченных больных в дневном стационаре к общему числу пролеченных.

Для улучшения качества жизни пациентов и повышения качества и сокращения сроков лечения, обеспечения доступности современных технологий при финансово обеспеченном тарифе, более рациональном использовании средств ОМС, Красноярским КФОМС введена методика программно-целевой индексации тарифов при социально-значимых заболеваниях с применением высокотехнологичного лечения. Она предусматривает дополнительное финансирование на медикаменты и расходные материалы в области травматологии, стоматологии, нейрохирургии, хирургии, офтальмологии, неврологии, онкологии, выхаживании новорожденных. Пролечено по индексированным тарифам 46 тыс. 711 человек на сумму 314,8 млн. рублей.

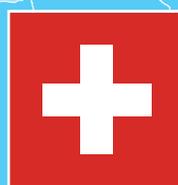
Система ОМС в Красноярском крае как объект информатизации представляет собой территориально-распределенную многоуровневую систему, образованную ее участниками – Красноярским КФОМС и его филиалами, 8 страховыми медицинскими организациями, 153 лечебно-профилактическими учреждениями, 82 территориальными фондами обязательного медицинского страхования, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

Для обеспечения и защиты прав граждан на получение медицинской помощи гарантированного объема и качества организована работа бесплатного круглосуточного телефона доверия «Право на здоровье» с федеральным номером 8-800-700-000-3, в больницах края открыты «Посты качества» - представительства СМО. Общее количество обращений граждан за 2009 год увеличилось по сравнению с 2008 годом в 7,2 раза (38 755 и 5 418 соответственно). Из них на телефон доверия поступило 13 924 обращения.

В 2009 году 869,1 тыс. неработающих граждан воспользовались правом на выбор СМО (53 процента от общего числа неработающего населения края). Остальные неработающие граждане застрахованы в прежних СМО.

С.Г. Кравчук, Ю.В. Чулюков
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

Обзор системы обязательного медицинского страхования государства Швейцария



*В Швейцарии проживает 7 593 494 человек, включая 1 602 093 иностранцев¹. В стране общаются на нескольких языках: немецком (63,7%), французском (20,4%), итальянском (6,5%) и романском диалекте (0,5%). На других иностранных языках изъясняются 9% населения. С точки зрения политического устройства Швейцария представляет собой конфедерацию 26 независимых кантонов (субъектов), разделенных на 2 636 административно-территориальных единиц - коммун (от франц. *Commune* - община).*

Доходы казны за 2009 год составили почти 60 млрд швейцарских франков (CHF). Расходы в том же году осуществлялись в размере около 58,5 млрд CHF, т.е. бюджет формировался с профицитом примерно в 1,4 млрд CHF. Особую роль в структуре расходов государства традиционно составляют расходы на социальные нужды - 31% от общих расходов бюджета в 2009 году. Следует отметить, что расходы на социальные нужды по отношению к периодам прошлых лет постоянно увеличиваются. Так, в 1996 году, когда были сформированы базовые принципы обязательного медицинского страхования, социальные расходы бюджета составляли 12,7 млрд CHF, в 2007 - уже почти 17 млрд. CHF, а в 2009 - 18,3 млрд. CHF. Среднегодовой уровень инфляции в 2009 году составил около 1%, а реальный рост ВВП - 1,3%².

Уровень занятости населения достаточно высок и составляет 82,3%. Уровень среднемесячного дохода также достаточно высок и составляет около 5-6 тыс. CHF в месяц (в настоящее время 1 швейцарский франк (CHF) примерно равен 1 доллару США). При этом более 16% населения зарабатывают свыше 8 тыс. CHF в месяц и лишь 2,9% - менее 3 тыс. CHF в месяц. Уровень рождаемости составляет примерно 1,46 ребенка на одну женщину. Большая часть населения (примерно 61,5%) находится в трудоспособном возрасте от 18 до 65 лет. Соотношение мужчин и женщин, находящихся в трудоспособном возрасте, примерно одинаково.



С.Г. Кравчук,
начальник Управления
организации ОМС ФОМС



Ю.В. Чулюков,
заместитель начальника
Управления информа-
ционно-аналитических
технологий ФОМС

Большинство населения находится в возрастной группе от 35 до 45 лет. Процесс снижения рождаемости (на фоне увеличения продолжительности жизни и снижения смертности) привел к постепенному увеличению численности населения страны и некоторым изменениям численного соотношения возрастных групп. На данный момент количество пожилых людей, чей возраст превышает 65 лет, примерно равно количеству молодых людей, чей возраст еще не достиг 15 лет. При этом средняя продолжительность жизни мужчин составляет 77,8 лет, а средняя продолжительность жизни женщин составляет 83 года. Предполагаемая при рождении продолжительность жизни мужчин в 2008 году составляла 79 лет, женщин - 84 года (предполагаемая при рождении продолжительность здоровой жизни в 2003 году составляла 71 год для мужчин и 75 лет для женщин³).

Около 86% населения считают, что состояние их здоровья хорошее либо очень хорошее. При этом, по статистике, около 15% населения страдают хроническими заболеваниями, а 13% (из числа пожилого населения, чей возраст превышает 65 лет) страдают заболеваниями, связанными со старением (нарушение зрения, слуха, проблемы с опорно-двигательным аппаратом). Уровень смертности составляет примерно 550 смертей на 100 тыс. человек в год.

Политика государства в сфере здравоохранения достаточно прозрачна. Система здравоохранения базируется

на принципах обязательного медицинского страхования. Высшей ценностью провозглашается личность человека, а здравоохранение является одним из приоритетных направлений государственной политики.

В швейцарском здравоохранении можно выделить несколько ключевых аспектов, определяющих принципы функционирования системы, сформировавшихся исторически.

Во-первых, это возмездность, т.е. медицинские услуги должны оказываться на принципах адекватной компенсации их стоимости.

Во-вторых, это индивидуальность подходов, означающая, что к тем, кто лучше заботится о своем здоровье, при определении затрат на личное здравоохранение должен применяться индивидуальный подход и они соответственно должны платить меньше.

И третий аспект – социальный, означающий, что всем должен обеспечиваться равный доступ к качественным медицинским услугам на всей территории Швейцарии.

Основные направления и задачи государственной политики в сфере здравоохранения определяются Конституцией Швейцарии. К ним относятся:

1. Снижение уровня заболеваемости.
2. Постоянное улучшение качества здравоохранения.
3. Решение проблем сопровождения «старения» и ухода за пожилыми людьми (одно из новых направлений).

По состоянию на 2009 год в Швейцарии существовал 321 госпиталь (191 государственный и 130 частных), предоставлявший в общей сложности 40 497 больничных коек, т.е. около 5,4 коек на 1 тыс. человек населения⁴. При этом существовало также 1700 аптек, т.е. около 2,23 на 10 тыс. человек.

Говоря о врачебном персонале, можно отметить, что по состоянию на 2006 год в Швейцарии на 1 тыс. человек населения приходилось около 4 врачей-терапевтов, 0,5 врачей-стоматологов и 11 медицинских сестер (на 2000 год)⁵. Количество практикующих врачей в период с 1980 по 2006 год выросло с 2,4 до 4 на 1 тыс. человек населения.

В сфере здравоохранения занято около полумиллиона человек, что составляет около 12% от всего занятого населения страны⁶, а примерно 56% населения тем или иным образом связано со сферой здравоохранения.

В целом система здравоохранения Швейцарии характеризуется высоким качеством медицинских услуг и столь же высокой их стоимостью. По уровню расходов на здравоохранение на душу населения Швейцария находится на третьем месте, уступая Соединенным Штатам Америки и Норвегии⁷.

Как уже говорилось выше, расходы на социальное обеспечение (включая сферу здравоохранения) составляют в совокупности 31,4% ВВП страны. Рост социальных расходов в абсолютных цифрах за истекшее 10-летие составил более 30%⁸. Показатели расходов на здравоохранение в Швейцарии и в некоторых других странах в % к ВВП приведены на Диаграмме 1⁹.

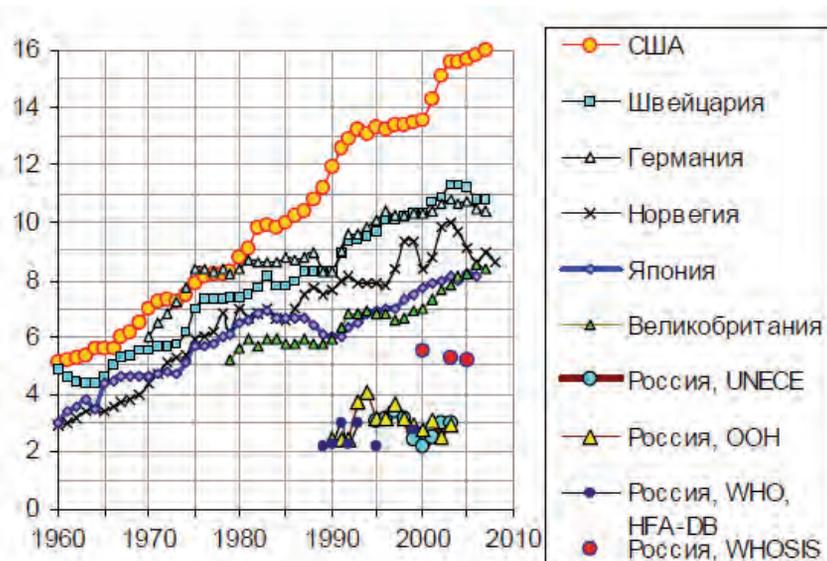


Диаграмма 1. Показатели расходов на здравоохранение в процентах к ВВП

Общий объем расходов на здравоохранение в Швейцарии составлял в 2008 году 10,7% ВВП. При этом 6,3% ВВП в структуре расходов на здравоохранение составляли государственные расходы и 4,4% – ВВП негосударственные расходы.

Среднегодовой реальный рост расходов на здравоохранение на душу населения в период 2000-2008 годов составил 1,8% при реальном среднегодовом росте ВВП на душу населения за тот же период времени 1,1%.

Однако, если сравнивать объем расходов на здравоохранение с показателями продолжительности жизни, Швейцария выделяется как одна из немногих стран, где затраты на здравоохранение соответствуют продолжительности жизни. При средней продолжительности жизни, равной 81 годам¹⁰, общие расходы на здравоохранение на душу населения в 2008 году составили 4,627 USD, тогда как средняя продолжительность жизни, например, в США составляла 77 лет, а средние расходы на здравоохранение составили в том же году 7,538 USD на душу населения¹¹.

Система обязательного медицинского страхования и ее роль в системе здравоохранения Швейцарии

Законодательство об обязательном медицинском страховании – LAMaI¹² – было принято в 1994 году. Основной этап реформы медицинского страхования был воплощен в жизнь в 1996 году, когда застрахованные граждане получили доступ к полному спектру высококачественных медицинских услуг через обязательное медицинское страхование, предоставляемое конкурирующими между собой страховыми компаниями.

Базовые принципы LAMaI и лимиты ответственности страховщиков установлены действующим законодательством Швейцарии. Основы законодательства определяются правительством конфедерации, органами власти кантонального и муниципального уровней.

Основными принципами реформы здравоохранения, привнесшей в жизнь LAMaI, явились:

1. Обязательность и индивидуальность страхования.
2. Базовое (обязательное) медицинское страхование не может приносить доход и должно позиционироваться отдельно от других страховых услуг, предлагаемых страховой компанией.
3. Базовое (обязательное) медицинское страхование должно обеспечивать стандартный уровень страхового покрытия.
4. Стоимость страхового пакета должна быть привязана

к месту проживания и месту лечения застрахованного (в пределах одного кантона).

5. Страхователям (все физические лица, находящиеся в Швейцарии свыше определенного срока) должен быть обеспечен свободный выбор страховой компании для обязательного медицинского страхования.

6. По базовому (обязательному) медицинскому страхованию должен устанавливаться единый размер премии для всех застрахованных, независимо от состояния их здоровья, а также запрет на одностороннее изменение величины страховой премии со стороны страховой компании при изменении степени страхового риска.

7. Обязательное страхование предполагает справедливый порядок компенсации страховых рисков страховым компаниям, основанный на данных о поле и возрасте застрахованных, которые ложатся в основу расчета уровня базовой страховой премии при его обсуждении, а также софинансирование оказанной в рамках обязательного страхования медицинской помощи со стороны пациента.

8. Возможность выбора различных страховых тарифов по обязательному страхованию (тарифы с меньшими ежемесячными платежами или бонусами в зависимости от потребления медицинских услуг, но с большим финансовым риском застрахованного, либо тарифы, предполагающие ограниченный спектр лечебных учреждений, а также иные ограничения в части доступа к медицинским услугам).

9. Гражданам и семьям с низким уровнем доходов предусматривается помощь со стороны кантона в приобретении базового страхования LAMaI.

Согласно закону, любое лицо, постоянно проживающее в Швейцарии, независимо от гражданства должно быть застраховано в системе ОМС. Срок, в течение которого должен быть заключен договор страхования, составляет 3 месяца (со дня рождения или въезда в страну). На иностранцев требование о страховании в системе ОМС распространяется только в случае отсутствия у них равноценной страховой защиты или если срок их пребывания в Швейцарии превышает 3 месяца. В отличие от отечественной системы обязательного медицинского страхования, LAMaI являет собой симбиоз механизмов принуждения со стороны государства (установленное законом требование иметь базовую медицинскую страховку) и персональной ответственности человека за состояние своего здоровья, выражающейся как в необходимости осуществления соплатежей со стороны застрахованного за оказанную ему медицинскую помощь, так и ограниченных социальных выплатах в случае болезни.

Медицинское страхование LAMaI не может являться деятельностью, приносящей доходы ни страховой компании, ни медицинской организации, ни врачу. Объем административных расходов страховых компаний ограничен законодательно и составляет 5,7% от привлеченных средств.

В Швейцарии работодатели никак не связаны с базовым медицинским страхованием своих работников. Работодатель страхует своих работников только от рисков возникновения несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний. По законодательству данные риски не подпадают под регулирование LAMaI и регулируются отдельными нормами, в целом называемыми LAA¹³, а размер соответствующих страховых премий зависит от сферы деятельности застрахованного.

Софинансирование оказанной медицинской помощи заключается в ограниченном участии пациента в покрытии расходов за оказанные ему медицинские услуги. При этом размеры такого участия четко устанавливаются государством¹⁴.

Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в рамках LAMaI, закрепляются законодательно. Подготовкой перечня медицинских услуг занимается Федеральное управление общественного здоровья (Federal Office of Public Health - FOPH). Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в рамках LAMaI, выработываются в ходе консультаций со страховыми компаниями и врачами.

Кроме того, FOPH разрабатывается «страховая карта» страны, в которой определяются поправочные коэффициенты к базовому тарифу в зависимости от степени страхового риска, обусловленной местом жительства застрахованного.

Расчет базового тарифа осуществляется исходя из следующих демографических показателей в целом по кантонам:

- возраст. Для этого застрахованные разделяются на несколько групп, отличающихся по уровню риска: дети (т.е. лица в возрасте от 0 до 18 лет), молодежь (лица в возрасте от 19 до 25 лет) и взрослые (те, кто старше 26 лет);
- пол.

При этом зависимость подушевых расходов на здравоохранение от пола возрастных характеристик выглядит следующим образом (Диаграмма 2)¹⁵.

Размер базового страхового тарифа LAMaI согласуется между участниками системы обязательного медицинского страхования.

Тарифы на медицинские услуги и базовый страховой тариф LAMaI могут пересматриваться не чаще одного раза в год.

Из диаграммы видно, что расходы, связанные с поддержанием здоровья пожилых людей, значительно превы-

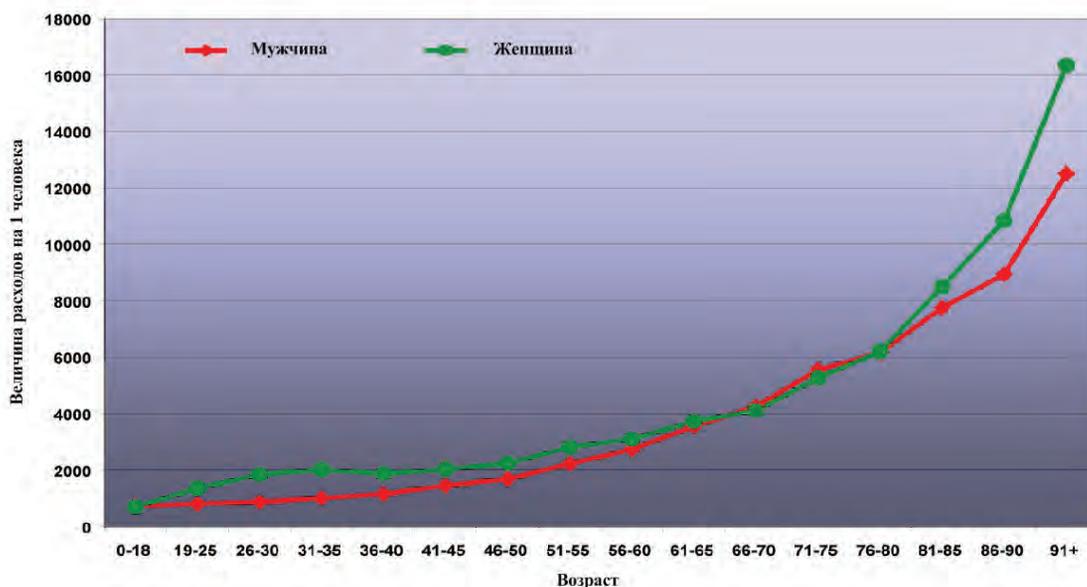


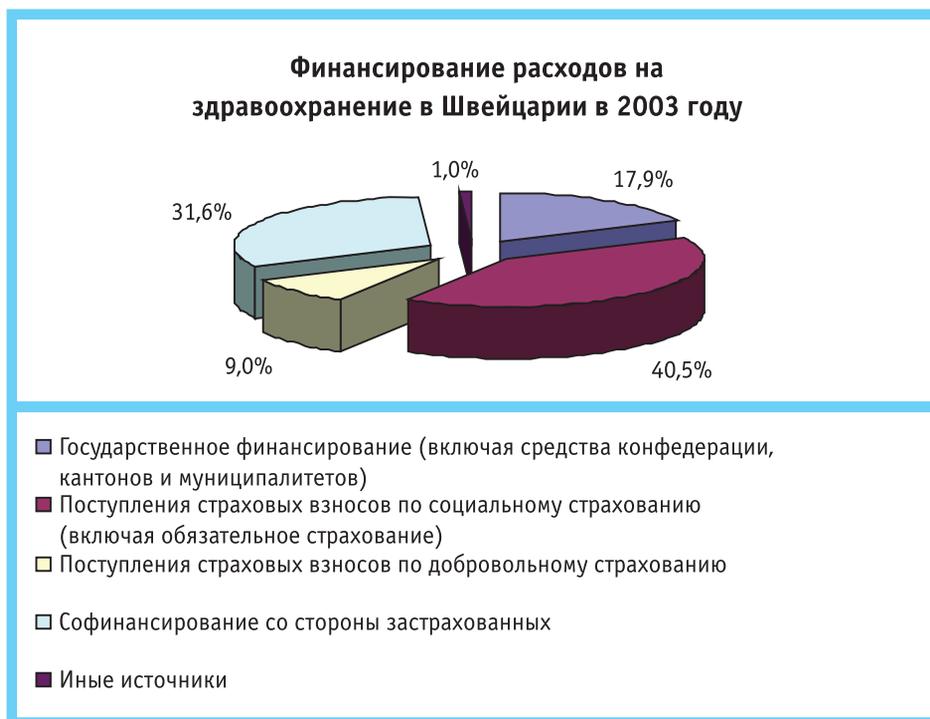
Диаграмма 2. Средние подушевые расходы на здравоохранение в Швейцарии в зависимости от пола и возраста человека

шают аналогичные расходы в отношении лиц среднего возраста. В связи с этим в 2012 году правительством планируется внести изменения в действующий порядок расчета страхового тарифа LAMal. Предполагается ввести механизм, устанавливающий корреляцию страхового тарифа для конечного потребителя страхового пакета с его возрастом. Следует отметить, что в настоящее время при заключении договора базового медицинского страхования LAMal состояние здоровья и возраст страхователя не учитываются и не влияют на размер подлежащий уплате страховой премии.

Финансирование расходов на здравоохранение, распределенное по источникам финансирования, выглядит следующим образом¹⁶:

По действующим правилам кантон должен оплатить не менее 30% и не более 50% всех возникающих расходов. С 2005 года кантоны также обеспечивают 50% снижение размера страховой премии LAMal для детей и молодежи, проживающих в семьях с низким уровнем дохода. Следует отметить, что в 2004 году около 40% семей получало какие-либо льготы по оплате страховых премий по LAMal¹⁷, а в 2007 – около 30%¹⁸.

Субсидиями кантонов, предоставляемыми клиникам и больницам, полностью покрываются инвестиционные затраты клиник, затраты на обучение персонала и исследования, а также софинансируется необходимое лечение в общих палатах. На данный момент каждые три из пяти коек в больницах, субсидируются со сто-



Как видно из диаграммы, финансирование здравоохранения выполняется за счет трех основных источников. Это федеральное и кантональное финансирование, включая прямое субсидирование клиник, поступления страховых взносов по всем видам социального страхования и соплатежи со стороны застрахованных лиц.

В настоящее время государственное финансирование системы обязательного медицинского страхования осуществляется в основном за счет кантонов. Предполагается, что в дальнейшем на основании информации кантонов об уровне расходов на поддержку системы ОМС будет осуществляться и корректировка страховых тарифов.

роны кантона.

Организация системы здравоохранения. Порядок получения медицинской помощи

Государственные и регулирующие органы

Функции по организации здравоохранения выполняются одновременно на федеральном уровне и на уровне кантонов. FOPH и Федеральный орган статистики (Federal Office of Statistics – OFS) являются основными регуляторами на федеральном уровне, однако на уровне кантонов региональные департаменты здравоохранения играют большую роль. Для выработки единой политики в сфере здравоохранения между кан-

тонами и конфедерацией, начиная с 1919 года в Швейцарии проводятся конференции министров здравоохранения кантонов (CDS).

Деятельность в сфере медицинского страхования находится под надзором государства, однако полномочия по осуществлению надзора осуществляются двумя различными организациями. Надзор за обязательным медицинским страхованием (LAMal) осуществляется со стороны FOPH, подведомственного Федеральному департаменту внутренних дел (Federal Department of Home Affairs - FDHA). FDHA также подведомственны Федеральное управление социального страхования (Federal Social Insurance office - FSIO) и Швейцарское агентство по медицинской (терапевтической) продукции (Swiss Agency for Therapeutic Products). Тогда как надзор за дополнительным медицинским страхованием (LAA) и иными видами страхования согласно законодательству о страховании, а также государственное регулирование деятельности страховых компаний осуществляется Швейцарским регулятором финансового рынка (Swiss Financial Market Supervisory Authority - Finma), подведомственным Федеральному департаменту финансов (Federal Department of Finance).

С учетом разделения властей на три уровня: федеральный, уровень кантона и муниципальный, полномочия государственных органов распределяются следующим образом¹⁹:

- **Федеральный уровень.** На федеральном уровне осуществляется законодательное регулирование и контрольные функции. Кроме этого, на федеральном уровне реализуются следующие полномочия: контроль и пресечение распространения заболеваний, вопросы социального страхования, прием квалификационных экзаменов у врачей, организация научных исследований и обучения, в т.ч. среднего и младшего медицинского персонала, проблемы генной инженерии, вопросы репродукции, трансплантации органов и тканей, медицинские исследования, вопросы защиты здоровья и безопасности рабочего места, контроль качества и безопасности медицинской техники, безопасность продуктов питания, а также подготовка и оценка медицинской статистики. На федеральном уровне FOPH занимается популяризацией и поддержкой здорового образа жизни людей, проживающих в Швейцарии. Кроме этого, в задачи FOPH входит проведение исследований и оценка факторов, оказывающих влияние на здоровье людей. Однако основными целями деятельности FOPH являются: а) улучшение здоровья человека путем проведения превентивных мер и специальных профилактических мероприятий, выздоровление от болезней, а также смягчение их последствий. FOPH занимается исследованиями вредных субстанций и вирусов, предупреждением эпидемий и инфекционных болезней, профилактикой наркомании, а также контролирует безопасность продуктов питания,

отвечает за шумовую и радиационную защиту, проводит оценку лекарственных препаратов, осуществляет их мониторинг, проводит основные биологические исследования и прорабатывает меры по борьбе с биотерроризмом; б) организация функционирования системы обязательного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев (возникших не на производстве). Для этого FOPH утверждает списки лекарственных препаратов, перечни по видам диагностических лабораторных исследований, процедур, операций по нозологиям и тарифы на типовые медицинские услуги для государственных клиник.

- **Кантональный уровень.** Органы власти кантонов отвечают за обеспечение здравоохранения и частичное софинансирование связанных с ним расходов. В их задачи входит снижение заболеваемости и обучение в сфере здравоохранения. Также органы власти кантонов дают разрешения на открытие клиник и аптекных учреждений на территории кантона. Кроме того, органы власти кантонов занимаются реализацией федерального законодательства и других полномочий в сфере здравоохранения, делегированных им правительством Швейцарии.

- **Муниципальный уровень.** Органы власти уровня муниципалитетов применяют установленное кантонами законодательство и отвечают за оказание конечных услуг в сфере здравоохранения для населения.

Лечебные учреждения и медицинский персонал. Получение медицинской помощи

Лечебные учреждения, осуществляющие свою деятельность в Швейцарии, делятся на два типа: государственные и частные. Общие принципы функционирования лечебных учреждений обоих типов одинаковы. Государственные клиники объединяет единство тарифов на оказываемые медицинские услуги независимо от кантона, на территории которого они расположены, а их деятельность фактически не связана с извлечением прибыли. С другой стороны, владельцы частных клиник самостоятельно определяют тарифы на медицинские услуги, оказываемые частной клиникой, и могут получать прибыль от ее деятельности.

На рынке здравоохранения работает большое количество частнопрактикующих врачей-терапевтов. Узкие специалисты, как правило, являются сотрудниками клиник. Лучшие врачи-специалисты (способные осуществлять лечение в наиболее сложных клинических случаях) работают преимущественно в государственных клиниках. Это связано с тем, что такие клиники предоставляют врачам наилучшие условия для ведения деятельности.

Согласно общепринятой практике, медицинское обслуживание может проводиться амбулаторно либо стационарно. Большинство медицинских учреждений Швейцарии являются амбулаторными.

В рамках базового медицинского страхования LAMaI пациент может свободно выбирать врача. Это право дает пациенту возможность не только выбрать подходящего специалиста, но и поменять врача в случаях, когда, например, обслуживание врачом иного пола является для него нежелательным. Однако право пациента на свободный выбор врача не безгранично. Врач, подобно пациенту, свободен в выборе и вправе отказать потенциальному пациенту (например, в случае неуважительного отношения пациента к врачу). Следует отметить, что в случае, если договором страхования предусмотрено условие об ограниченном выборе провайдеров медицинских услуг, выбор и замена врача, а также посещение врача-специалиста без получения направления, могут осуществляться только с разрешения страховой компании.

Чаще всего первичный прием осуществляют врачи-терапевты и врачи-педиатры. В большинстве случаев они являются также и «домашними врачами». Следует отметить, что на практике большую часть медицинского обслуживания выполняют специалисты младшего и среднего медперсонала. Для уточнения диагнозов, проведения дополнительных обследований и лечения пациенты могут направляться в соответствующие лечебные учреждения или к врачам-специалистам. Несмотря на предоставленную пациенту свободу выбора врача, самостоятельное посещение пациентом врача-специалиста без получения направления от врача-терапевта не приветствуется. Помещение на стационарное медицинское обслуживание во всех случаях возможно только при наличии направления от врача. Основаниями для направления в больницу могут быть, например, необходимость проведения полного обследования пациента, проведение операции или сложного лечения.

Во многих случаях, помимо стандартного набора сервисов, больницей могут предоставляться услуги по социальному обеспечению, включающие в себя помощь пациентам по восстановлению сил после выписки (например, оформление домашнего ухода или поездок на отдых и услуги по внебольничному уходу (домашнему уходу)). В некоторых больницах имеются также специальные гериатрические отделения для пациентов пожилого возраста.

Помимо врачей-терапевтов частной практики первичный прием пациента может осуществляться в поликлиниках. Поликлиниками в Швейцарии называются амбулаторные лечебные учреждения, работающие в составе больницы. По аналогии с врачами частной практики в поликлинике также ведется приём больных, проводятся обследования

и лечение. Некоторые поликлиники принимают пациентов только по направлению от врача-терапевта. Преимущество поликлиники перед частным врачом состоит в том, что в её распоряжении находятся лечебно-диагностическая аппаратура и медперсонал больницы.

Взаимоотношения медицинских учреждений и врачей частной практики (внешних специалистов) строятся на принципах хозяйственных взаиморасчетов. Например, если врач использует оборудование клиники для своих нужд, он должен покрыть соответствующие расходы клиники.

Решение о том, в какой клинике или госпитале будет проводиться конкретное лечение, принимается совместно лечащим врачом и пациентом. В общем случае, медицинская помощь оказывается застрахованному в лечебных учреждениях того кантона, где он постоянно проживает. Исключения из этого правила допускаются в случаях, когда необходимая медицинская помощь не может быть оказана в лечебных учреждениях, относящихся к кантону, где постоянно проживает застрахованный (например, для проведения редких операций и т.п.) и если необходимо оказание экстренной медицинской помощи.

Для облегчения принятия решения о выборе места для проведения необходимого лечения врачами частной практики (и иными внешними специалистами) FOPH осуществляется рейтингование лечебных учреждений. Следует отметить, что подготовка врачей-терапевтов, врачей-специалистов и врачей в больницах находится под контролем профсоюза врачей Швейцарии и считается равноценной на всей территории страны.

В подавляющем большинстве случаев врач выступает в качестве посредника между пациентом и клиникой. При необходимости проведения операции именно он ведёт переговоры с клиникой, согласует время и место проведения операции. Считается, что это позволяет врачу подбирать лучшее место для проведения лечения своих пациентов.

Частнопрактикующие врачи, в отличие от штатных врачей клиник, самостоятельно ищут пациентов и работают с ними. Учитывая, что врачи-терапевты определяют стратегию и план лечения, а также решают, сколько дней пациенту необходимо провести в больнице, частнопрактикующие врачи становятся самостоятельными бизнес-единицами, заинтересованными, так же как и клиники, в повышении своей личной эффективности.

Лечебные учреждения, как и страховые компании, получают прибыль в основном за счет оказания дополнительных услуг. К таким услугам со стороны лечебного учреждения относятся, например, предоставление отдельных палат (в т.ч. повышенной комфортности), пер-

сональное обслуживание, ресторанное меню и т.п., а также стоматологическая помощь и иные медицинские услуги, не покрываемые LAMaI. Оказание таких услуг может осуществляться только при наличии у пациента дополнительной медицинской страховки LAA, расширяющей базовое покрытие LAMaI, либо в отсутствие такой страховки - за счет средств пациента.

Стоимость страхового пакета не сказывается на качестве оказываемой медицинской помощи. Лица, обратившиеся за помощью и застрахованные согласно LAMaI, имеют доступ к тому же базовому спектру медицинских услуг, что и лица, имеющие страховку с расширенным покрытием LAA. Отличие состоит лишь в сервисной составляющей или дополнительных услугах, доступных пациенту при наличии LAA.

Страховые компании и больничные кассы

По статистике, порядка 16,3 миллиарда CHF ежегодно направляется страховыми компаниями на покрытие оказанных медицинских услуг по LAMaI и составляет

- около 30% направляется на покрытие расходов, связанных с амбулаторным лечением.

Совокупные расходы на лекарства при амбулаторном лечении составляют около 10,5% всех расходов на здравоохранение. При этом каждый житель Швейцарии ежегодно расходует на лекарства 398 USD. Примерно 3% направляются на оплату прочих расходов. .

На рынке обязательного медицинского страхования работают как специализированные страховые компании обязательного медицинского страхования, т.н. больничные кассы, так и многопрофильные страховщики. Принципиальных различий между ними не существует.

Динамика изменения количества страховых компаний:

В 1990 году в Швейцарии работало 220 страховых компаний, а 2006 году – уже 87.

При этом динамика изменений в привязке к количеству застрахованных выглядит следующим образом²²:

Таблица 1

Динамика изменения количества страховых компаний в привязке к количеству застрахованных по LAMaI клиентов

Количество застрахованных	1996 год	2000 год	2005 год
Свыше 500.000 человек	3 компании	4 компании	4 компании
От 100.001 до 500.000	12 компаний	10 компаний	13 компаний
От 50.001 до 100.000	6 компаний	9 компаний	8 компаний
От 10.001 до 50.000	20 компаний	19 компаний	20 компаний
От 5.001 до 10.000	14 компаний	11 компаний	13 компаний
От 1 до 5.000	90 компаний	48 компаний	27 компаний
Страховых компаний, всего	145	101	93

примерно 32,7% от всех ежегодных расходов на здравоохранение в стране²⁰.

Распределение страховых выплат по направлениям расходов соответствует пропорциям по структуре расходов на здравоохранение в целом и составляет²¹:

- около 50% выплат направляется на покрытие лечение в условиях стационара;

В 2003 году общее количество застрахованных по обязательному страхованию составляло 7,3 миллиона человек. При этом в 13% страховых компаний было застраховано по ОМС менее чем по 1 тыс. человек (в каждой из компаний), что в сумме составляло около 0,1% населения страны, а примерно половина всех действующих страховых компаний имела менее чем по 10 тыс. застрахованных (в каждой из компаний) и вместе страховала только 1,6% населения.

Значительное уменьшение количества страховых компаний, работающих на рынке, произошло, в основном, за счет влияния рыночных факторов и конкуренции страховых компаний, а также за счет поглощения мелких компаний более крупными участниками рынка.

Не все страховые компании ведут свою деятельность на территории всех 26 кантонов. Как видно из таблицы, многие из них имеют не так много клиентов и работают на ограниченной территории. На данный момент на территории каждого кантона свои услуги предлагают в среднем 48 страховых компаний.

Сильнейшая конкуренция на рынке медицинского страхования вынуждает страховые компании искать пути к снижению издержек, чтобы предлагать клиентам более выгодные тарифы. Одним из таких путей является введение дополнительных ограничений для клиентов, выражающихся в продвижении идеологии страхования «без переплат». Примерами таких ограничений могут быть увеличенные сроки оплаты выставленных счетов и рассмотрения страховых случаев, проведение лечения только у определенного страховой компанией врача и обязательное обращение в call-центр страховой компании для предварительной диагностики заболевания перед каждым визитом к врачу.

Про call-центры страховых компаний следует сказать отдельно. Обязательное предварительное обращение в call-центр страховой компании призвано снизить потенциальные возможные издержки страховых компаний за счет предварительной идентификации заболевания и минимизации обращения к врачам. При обращении в call-центр пациент может отправить консультирующему врачу фотографию или видеоматериалы, если они, по его мнению, позволят идентифицировать заболевание. Вместе с тем, ответственность врачей-консультантов call-центра строго лимитируется условиями заключенного договора страхования, что может рассматриваться как существенный минус для застрахованного.

Кроме того, в целях снижения издержек страховая компания может договориться с конкретным врачом об оплате услуг не по факту оказанного лечения, как это принято на рынке, а по законченным случаям, т.е. по факту завершения лечения. Некоторые страховые компании оценивают эффективность лечения и стимулируют врачей бонусами. В целях снижения страховых выплат отдельные страховые компании пытаются стимулировать даже ведение здорового образа жизни своими клиентами и готовы компенсировать им часть расходов, связанных с поддержанием здоровья. Например, компенсировать часть стоимости членских карт фитнес-клубов.

Другим направлением является стимулирование застрахованных на уменьшение потребления медицинских услуг. В результате чего при наличии базового пакета медицинских услуг, оплата которых осуществляется в рамках LAMaI, застрахованный имеет возможность, самостоятельно ограничив себя в потреблении медицинских услуг, экономить на ежемесячных платежах за страховку. Как показывает практика, такая политика страховых компаний позволяет пациенту сэкономить до 20% стоимости страхового пакета.

Согласно LAMaI все лица во всех страховых компаниях застрахованы на получение одинаковых видов медицинских услуг, в число которых входит:

- амбулаторное лечение (лечение у врачей, имеющих лицензию);
- стационарное лечение (лечение и размещение в общей палате (на несколько больничных коек) в одной из больниц кантона проживания пациента);
- выписанные врачом медикаменты и лабораторные исследования в соответствии с утвержденным перечнем;
- ведение беременности и роды (контрольные осмотры и ультразвуковые исследования в течение беременности; частичная оплата подготовительных курсов для родителей; оплата стоимости родов в больнице, в домашних условиях или в родильном доме; консультации по кормлению грудью и гинекологический осмотр после родов; прерывание беременности);
- прививки (против краснухи, кори, свинки, столбняка, дифтерии и полиомиелита);
- периодические медосмотры ребёнка дошкольного возраста;
- профилактические осмотры у гинеколога;
- восстановление трудоспособности в домашних условиях и стационаре (после операции, при тяжёлых заболеваниях), назначенная врачом физиотерапия/трудотерапия;
- медицинская помощь в экстренных случаях.

Высокие результаты по качеству медицинских услуг обеспечиваются за счет применения последних достижений медицины, проведения перспективных медицинских исследований, постоянного совершенствования технической и научной базы.

Средняя продолжительность пребывания в стационаре

Таблица 2

Сравнительная таблица обеспеченности отдельными категориями медицинского оборудования

Оборудование	Швейцария		США		Япония		В среднем по странам OECD	
	2003 год	2008 год	2003 год	2008 год	2003 год	2008 год	2003 год	2008 год
Компьютерные томографы	18,0	32,0	13,1	34,3*	92,6	97,3	17,9	23,9
Оборудование для проведения магнитно-резонансной томографии	14,2	14,0	8,6	25,9*	35,3	43,1	7,6	12,8
Литотрипторы	4,5	н.д.	3,2	н.д.	6,4	н.д.	2,5	н.д.
Оборудование для радиационной терапии	9,9	н.д.	4	н.д.	6,6	н.д.	5,6	н.д.

* - данные на 2007 год

по состоянию на 2003 год составляла около 9 дней²³, а обеспеченность отдельными категориями наиболее редкого и дорогостоящего медицинского оборудования в сравнении с другими странами на 1 млн. жителей (2003 и 2008 годы)²⁴:

Качество медицинской помощи и деятельность врачей контролируются избирательно. Государственный контроль осуществляется в случаях, например, если у врача слишком много пациентов или на лечение пациентов затрачивается больше времени, чем предусмотрено нормативами. Контроль качества со стороны страховых компаний сильно ограничен. Непосредственный контроль осуществляется, только если у пациентов есть претензии к качеству оказанной медицинской помощи. В этом случае пациент может предъявить судебный иск к врачу, и, если иск будет удовлетворен судом, врач может быть лишен лицензии.

FORN рассматривает различные способы повышения качества, оптимизации финансирования и повышения эффективности инвестиций в систему здравоохранения. Предполагается, что для решения этих задач необходимо проводить анализ рентабельности здравоохранения. Подобный подход используется во многих странах в отношении финансирования производства медицинских препаратов. Однако в Швейцарии исследуются и иные направления. Специализированный Институт экономики здравоохранения (Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) ZhAw School of management) занимается оценкой экономических эффектов от новых методов лечения и регуляторных изменений в секторе здравоохранения, а также рассчитывает их рентабельность. На ряду с решением указанных задач, институт занимается расчетами нормативов расходов,

связанных с каждым сохраненным годом жизни человека с учетом улучшения ее качества.

Другим важнейшим приоритетом развития системы здравоохранения является внедрение «электронного здравоохранения». Создание электронного здравоохранения предполагает значительное использование информационных технологий для повышения доступности медицинских услуг для человека и повышения эффективности здравоохранения в целом. В настоящее время «электронное здравоохранение» включает в себя работу по нескольким ключевым направлениям:

- дальнейшее развитие системы информационных сервисов, направленных на повышение уровня информированности граждан о состоянии своего здоровья через сеть Интернет (электронной истории болезни и т.п.);
- создание информационной системы по работе с индикаторами качества здравоохранения. В настоящее время единая информационная система, которая могла бы быть использована для выделения таких индикаторов, в Швейцарии отсутствует;
- введение в оборот карты застрахованного (Insured card).

Следует заметить, что карта застрахованного и электронная история болезни – это не одно и то же. Задачами внедрения карты застрахованного является повышение эффективности управления в сфере здравоохранения, повышение качества и безопасности оперативного вмешательства в экстренных случаях (планируется, что при помощи карты будет обеспечиваться оперативный доступ к информации о состоянии

здоровья пациента со стороны медицинской организации). К такой информации (в соответствии с законодательством по защите персональных данных Швейцарии) относятся данные о группе крови, противопоказаниях, аллергиях, прививках, прописанных лекарственных препаратах и другая критическая информация о здоровье пациента, которая может быть полезной при наступлении экстренного случая, а также название и координаты страховой компании.

Проект по созданию «электронного здравоохранения» является модульным. Внедрение отдельных компонентов системы проводится постепенно. После их апробации на уровне кантонов и устранения технических проблем компоненты выводятся на федеральный уровень, чтобы стать частью единой системы. Предполагается, что «электронное здравоохранение» позволит снизить административные издержки, более тщательно планировать расходы по финансированию здравоохранения и улучшить его целевые показатели.

Затраты на персональное медицинское страхование

Средняя по стране величина страховых взносов по LAMal, подлежащих уплате в течение одного года, составляет порядка 2760 CHF, т.е. составляет 230 CHF в месяц²⁵.

В подавляющем большинстве случаев, потенциальный клиент вправе обратиться за приобретением страхования по LAMal в любую по своему выбору страховую компанию на территории страны. Ограничения по выбору страховой компании действуют лишь в отношении беженцев и лиц, которым предоставлено политическое убежище. Это связано с тем, что единых принципов медицинского обслуживания данных категорий лиц на федеральном уровне не существует, а порядок и условия предоставления услуг в каждом кантоне определяются по-своему. Кроме этого, некоторые, как правило небольшие, страховые компании, страхуют только лиц, проживающих в том же кантоне, где расположена сама компания.

Тарифы по LAMal фиксированы и одинаковы для всех страхователей. Однако окончательный размер страхового взноса по LAMal зависит от условий, предлагаемых конкретной страховой компанией, и кантона, на территории которого проживает потенциальный клиент. Так, например, в кантонах Женева и Базель, где страховщик несет большое количество «медицинских» рисков (образуются равно как за счет большей вероятности возникновения страхового случая в конкретном регионе, так и за счет широкого предложения высокотехнологичных медицинских услуг лечебными учреждениями), тарифы наиболее высоки (средний размер получаемой премии 415 и 380 CHF соответственно), а в кантонах Нидвалден и Обвалден, где «ме-

дицинские» риски минимальны, являются наименьшими по стране (средний размер получаемой премии 195 и 200 CHF соответственно). По закону, итоговая стоимость страхования по LAMal в зависимости от кантона, в котором проживает застрахованный, может меняться как в большую, так и меньшую сторону, но не более чем в 3 раза от величины базового тарифа. На практике тариф чаще меняется в сторону увеличения, а не уменьшения. Всего же на 26 кантонов приходится 42 страховых региона.

На сегодняшний день самый низкий размер страховой премии по LAMal в стране составляет около 170 CHF в месяц, притом что среднемесячный доход жителя Швейцарии составляет в среднем около 5000 CHF (не облагается налогами доход, не превышающий сумму 3500 CHF). Это говорит о том, что ежемесячные выплаты за обязательное медицинское страхование могут составлять примерно 3-10% дохода, а учитывая, что страховка должна обязательно оформляться не только на взрослых, но и на детей, можно с уверенностью утверждать, что «забота о здоровье» составляет существенную статью расходов в семейном бюджете каждого жителя Швейцарии.

Несмотря на то что суммы уплачиваемых страховых взносов за медицинское страхование не являются объектом налогообложения и не включаются в налоговую базу по налогу на доходы физического лица, а средний уровень достатка граждан достаточно высок, далеко не все обладают достаточными средствами для оплаты страховых взносов по обязательному медицинскому страхованию.

По статистике около 30% всех граждан не могут за счет собственных доходов оплачивать страховые взносы в полном объеме. Если человек не относится к группе социально обеспеченных слоев населения, а уровень его дохода ниже уровня, установленного законодательством, то частично или полностью средства на оплату страховых взносов по LAMal ему предоставляет кантон, на территории которого он постоянно проживает. Каждый кантоном уровень финансовой несостоятельности гражданина, имеющего право на льготу при оплате страховых взносов, определяется самостоятельно. Льгота может покрывать размер страховой премии, как в полном объеме, так и частично - в зависимости от финансового положения страхователя. При этом страховые взносы на детей субсидируются, как правило, в большем объеме.

Наравне с базовым медицинским страхованием по LAMal широко предлагаются различные комбинированные и модифицированные страховые продукты на его основе. Швейцария занимает второе после Японии место по разнообразию предлагаемых страховых продуктов в здравоохранении.

Таблица 3

Базовые страховые продукты в системе обязательного медицинского страхования Швейцарии

	Базовое медицинское страхование	Базовое медицинское страхование с увеличенной франшизой	Базовое страхование с бонусной системой	Базовое страхование с ограниченным выбором провайдеров медицинских услуг
Уровень страховой премии	Стандартный уровень премии, установленный для каждого кантона. В зависимости от кантона размер премии может меняться в большую или меньшую сторону от базового тарифа не более чем в 3 раза.	Минимальный размер страховой премии не может быть меньше 50% стандартного уровня премии, применяемой в данном кантоне.	На первый страховой период размер премии увеличивается на 10% над стандартным уровнем премии, применяемой в данном кантоне. На протяжении последующих 5 лет размер страховой премии может снизиться максимум на 45% от стандартного уровня при отсутствии обращений по страховым случаям.	Уровень страховой премии устанавливается страховой компанией и не может быть ниже стандартного уровня премии, установленного для каждого кантона, более чем на 20%.
Условия софинансирования оказанной медицинской помощи	Франшиза: 300 CHF в течение года Соплатежи и ограничения: - 10% от стоимости медицинских услуг, товаров и препаратов-дженериков (в случае оригинальных препаратов – 20%) после превышения суммарных платежей 300 CHF. По достижении порога суммарных платежей в течение 1 года в 700 CHF (для взрослых) и 350 CHF (для детей) страховое покрытие начинает осуществляться в 100% объеме. В отношении детей франшиза не применяется; - За каждый день нахождения в стационаре 10 CHF.	Франшиза: Страховщики могут предлагать страховые продукты с 5 различными уровнями франшизы - Для взрослых: 500; 1000; 1500; 2000; 2500 CHF в течение года. - Для детей (менее 18 лет): 100; 200; 300; 400; 500; 600 CHF в течение года. Соплатежи и ограничения: Такие же, как и для базового медицинского страхования за исключением установленного размера франшизы.	Франшиза: 300 CHF в течение года Соплатежи и ограничения: Такие же, как и для базового медицинского страхования.	Франшиза: 300 CHF в течение года Соплатежи и ограничения: Такие же, как и для базового медицинского страхования. Однако страховая компания вправе предложить страхователю ограниченный выбор провайдеров медицинских услуг с полным или частичным освобождением от софинансирования оказанной медицинской помощи.
Возможности по выбору клиники/доктора	Свободный выбор между всеми врачами и клиниками, допущенными к работе с застрахованными по обязательному страхованию.	Так же, как и для базового медицинского страхования.	Так же, как и для базового медицинского страхования.	Ограниченный круг врачей и клиник, участвующих в программе.
Условия расторжения (изменения) договора страхования	Не чаще 2-х раз в год с предварительным уведомлением об этом страховой компании не позднее чем за 3 месяца (до 31 марта или 30 сентября текущего года).	Не чаще 1 раза в год с предварительным уведомлением об этом страховой компании не позднее чем за 1 месяц. Договор может быть расторгнут в конце года, но не ранее, чем через один год после его заключения.	Не чаще 1 раза в год с предварительным уведомлением об этом страховой компании не позднее чем за 1 месяц. Договор может быть расторгнут в конце года, но не ранее, чем через пять лет после его заключения.	Не чаще 1 раза в год с предварительным уведомлением об этом страховой компании не позднее чем за 1 месяц. Договор может быть расторгнут в конце года, но не ранее, чем через один год после его заключения.
* Условия софинансирования оказанной медицинской помощи могут меняться в отношении многодетных семей, женщин, воспитывающих детей, получателей социальных льгот и субсидий, пенсионеров и инвалидов.				

По закону страховыми компаниями по LAMaI могут предлагаться следующие базовые виды страховых продуктов (данные на 2002 год), см. таблицу 3²⁶:

Страхование детей вплоть до достижения ими 18-летнего возраста стоит дешевле, чем страхование взрослых. Для молодёжи (от 19 до 25 лет) большинство страховых компаний также предлагают льготные тарифы. В различных страховых компаниях размеры тарифов могут отличаться друг от друга, хотя предполагают одинаковый набор медицинских услуг.

Как видно из таблицы, кроме уплаты страховой премии страхователь должен оплачивать также часть стоимости лечения. Под частичной оплатой стоимости лечения подразумевается оплата франшизы (т.е. некомпенсируемая часть убытков) в размере 300 CHF (для базового страхования) и соплатежей в размере 10% от разницы между суммой, превышающей размер франшизы и самой франшизой, но не более 700 CHF в год. Это означает, что из стоимости всех медицинских услуг, оказанных застрахованному в течение года, им оплачивается только 300 CHF. Однако если стоимость оказанных медицинских услуг превышает 300 CHF, то дополнительно необходимо оплачивать 10% от суммы, превышающей размер франшизы. При этом совокупный размер соплатежей не должен превышать 700 CHF в год.

Таким образом, объём затрат на лечение одного взрослого человека в год не может превышать 1000 CHF, если выбран базовый тариф. Для примера, если общие расходы на медицинские услуги (услуги врачей, стоимость медикаментов, обследований и т.д.) составила 2000 CHF за год, 300 CHF из них уплачивается в качестве франшизы и 10% от остальной суммы (10% от 1700 CHF) в качестве соплатежей. Итого в общей сложности пациентом выплачивается 470 CHF (300 CHF + 170 CHF). Остальные расходы в размере 1230 CHF покрывает страховая компания. В случае с беременностью и родами франшиза и соплатежи не применяются, а страховая компания полностью покрывает все возникающие расходы. К детям условие о франшизе не применяется, однако условие о 10% соплатежах продолжает действовать. Максимальная сумма соплатежей за оказанную ребенку медицинскую помощь не может превышать 350 CHF в год.

Следует заметить, что в настоящее время правительство рассматривает возможность увеличения объема софинансирования оказанной медицинской помощи со стороны пациента с 10% до 20%.

Базовое медицинское страхование с увеличенной франшизой предполагает условие о более высоком размере франшизы одновременно с уменьшенной премией (максимальный размер франшизы для взрослого – 2500 CHF в год, а для детей – 600 CHF в год). Следует

отметить, что данный вид страхования пользуется особой популярностью у редко болеющих граждан, т.к. позволяет им экономить на уплате ежемесячных страховых премий.

Базовое страхование с бонусной системой функционирует в виде ступенчатой системы по аналогии с имущественным страхованием. Страховые премии за первый страховой период уплачиваются с 10%-ной надбавкой (в сумме составляет 110% обычной премии) и в случае, если застрахованным не использовались медицинские услуги, начиная со следующего страхового периода к страховой премии начинает применяться скидка (за пять лет до 45%).

Базовое страхование с ограниченным выбором провайдеров медицинских услуг предполагает, что застрахованный соглашается на ограничения по использованию медицинских услуг (посещение строго определенных врачей, обязательное предварительное обращение в call-центр и т.п.), предлагаемые страховой компанией. В большинстве случаев, франшиза и условия о софинансировании при заключении такого договора не применяются.

В Швейцарии все рабочие и служащие должны быть застрахованы от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (LAA). Если лицо работает более 8 часов в неделю, то оно также должно быть застраховано и от несчастных случаев вне производства. Расходы на оплату страховых премий по LAA несутся работодателями и гражданами совместно. При этом страховые взносы удерживаются из заработной платы работника. Если с работником происходит несчастный случай, никаких соплатежей со стороны работодателя за оказанные работнику медицинские услуги не осуществляется. Если застрахованный по LAMaI работает менее 8 часов в неделю, то необходимость в приобретении дополнительного страхования от несчастных случаев (LAA) не требуется, все риски покрываются LAMaI.

Если после операции, болезни или травмы пациенту необходимо восстановительное лечение, лечащий врач может назначить специальные терапии (например, физио- или трудотерапию). Или даже бальнеотерапию (лечение ваннами), которая, однако, оплачивается по LAMaI лишь в небольшом размере. Страховкой покрывается только 10 CHF в день (на срок не более 21 дня в год) при условии, если лечение назначено врачом и проводится на одном из курортов, входящих в перечень FOPH.

С 1 октября 2002 года прерывание беременности разрешено законом. В течение первых 12 недель женщина вправе сама принимать решение, будет она прерывать беременность или нет. Прерывание беременности также оплачивается за счет ОМС.

Медицинская помощь в экстренных случаях оказывается с меньшим количеством условностей. В экстренном случае можно обращаться к любому врачу и в любую больницу без предварительного направления от врача-терапевта. Покрытие расходов за оказанную экстренную медицинскую помощь осуществляется страховыми компаниями (при наличии страховки) либо за счет пациента, а в случае финансовой несостоятельности последнего – за счет средств кантона. Например, за транспортировку больного машиной скорой помощи страховой компанией (или кантоном) оплачивается половина возникающих расходов, но не более 500 CHF в год. На спасение людей в ситуациях, представляющих опасность для жизни (например, несчастный случай в горах или инфаркт миокарда) оплачивается также половина расходов, но не более 5 тыс. CHF в год. При наступлении заболевания или экстренного случая за границей (срок действия страхования ограничен) все расходы покрываются страховыми компаниями (при наличии страховки LAMaI) в случае, если они составляют не более двукратного размера соответствующих расходов в Швейцарии.

Пройти психотерапевтический курс лечения можно как у психиатра, так и у психолога. Такой курс лечения покрывается LAMaI, если лечение проводилось психиатром. Курс лечения у психолога может быть оплачен только при наличии LAA. В то же время если лечение у психолога назначено врачом-терапевтом, то расходы могут быть покрыты LAMaI.

С 1 июля 2005 года расходы, связанные с лечением средствами народной медицины, LAMaI не покрываются. Для этого необходимо дополнительное медицинское страхование LAA.

Расходы на услуги по домашнему уходу за больными и уход за проживающими в доме-интернате покрываются LAMaI, если это предписано врачом. Все остальные расходы (питание и т.п.) пациенты должны оплачивать самостоятельно. Помощь по хозяйству может быть оплачена страховой компанией только при наличии дополнительного страхования LAA.

Стоимость лекарственных средств, назначаемых врачом в процессе лечения, также покрывается LAMaI, однако покрытие осуществляется при условии софинансирования пациентом стоимости лекарства, а объем покрытия зависит от назначаемого лекарства. В общем случае врачами выписываются дженерики (объем покрытия LAMaI составляет 90% от стоимости лекарств), однако по просьбе пациента врач может выписать и оригинальный лекарственный препарат (объем покрытия в этом случае составляет 80% от стоимости лекарства).

Стоимость стоматологической помощи покрывается LAMaI только в отношении экстренных случаев, возник-

ших в результате заболевания или несчастного случая. Во всех остальных случаях – стоимость стоматологических услуг, в т.ч. контрольных и профилактических осмотров, оплачиваются пациентом в полном объеме. Как правило, страховые компании предлагают страховые пакеты дополнительного медицинского страхования, предусматривающие частичное покрытие стоимости стоматологических услуг в рамках LAA.

Если застрахованный заболел и предпочел пройти лечение в клинике, расположенной на территории другого кантона, то стоимость оказанных медицинских услуг будет компенсирована страховой компанией в объеме стоимости данных медицинских услуг как в случае, если бы они оказывались в лечебном учреждении или врачом на территории кантона, где приобретена страховка LAMaI. В случае, когда стоимость оказанных медицинских услуг превышает их стоимость в регионе проживания застрахованного (это бывает, когда тарифы на медицинские услуги в данной клинике выше), разница оплачивается пациентом. Следует отметить, что в случае лечения в любой из государственных клиник или больниц это исключено, так как тарифы во всех государственных клиниках Швейцарии утверждаются FOPH и одинаковы на всей территории страны.

В случае недовольства тарифами или сервисом страховой компании страхователь вправе заменить ее на другую. Например, страховой контракт по базовому медицинскому страхованию LAMaI (с франшизой 300 CHF) застрахованный вправе расторгнуть не чаще двух раз в год с предварительным уведомлением об этом страховой компании не позднее чем за три месяца (письмо о расторжении должно поступить до 31 марта или 30 сентября текущего года).

Договор о базовом медицинском страховании с увеличенной франшизой и договор базового страхования с ограниченным выбором провайдеров медицинских услуг могут быть расторгнуты только в конце года с соблюдением условия о предварительном уведомлении страховой компании не менее чем за месяц до момента расторжения действующего договора страхования. Договор может быть расторгнут не ранее чем через 1 год после его заключения.

Договор о базовом страховании с бонусной системой может быть расторгнут только в конце года с соблюдением условия о предварительном уведомлении страховой компании не менее чем за месяц до момента расторжения действующего договора страхования. Договор может быть расторгнут не ранее чем через 5 лет после его заключения.

Следует отметить, что договор страхования LAMaI заканчивает свое действие только тогда, когда заключен новый договор с другой страховой компанией.

Как видно из вышеизложенного, в Швейцарии применяется очень гибкая система тарифов на обязательное медицинское страхование. Каждый житель Швейцарии вправе самостоятельно выбрать понравившийся ему страховой тариф по LAMal и менять его, соблюдая перечисленные выше условия. Это предоставляет страхователям гибкие возможности по личному финансовому планированию, но нередко приводит к тому, что некоторые из них, наметив какое-либо дорогостоящее лечение, непосредственно перед обращением в медицинские учреждения изменяют страховой тариф на более «выгодный», как за счет снижения ежемесячных платежей в пользу страховых компаний, так и за счет уменьшения собственных затрат на лечение. Для разрешения данной ситуации правительство планирует еще более ужесточить ограничения по смене тарифа по LAMal.

Дополнительное страхование LAA как бы дополняет собой LAMal. Однако, поскольку дополнительные виды страхования необязательны, при обращении предполагаемого страхователя за LAA, страховая компания пристально рассматривает текущее состояние его здоровья. Исходя из имеющихся данных о возрасте, заболеваемости и вредных привычках страхователя, страховая компания предлагает ему соответствующий степени риска тариф, но вправе и отказать в страховании, тогда как в случае с LAMal страховая компания не вправе отказать в приобретении страховки любому желающему. Заключение договора дополнительного медицинского страхования LAA возможно в большей части страховых компаний, предлагающих LAMal.

Оплата труда работников здравоохранения

Соотношение совокупных годовых доходов практикующих врачей-терапевтов к ВВП на душу населения составляет примерно 3,4. Аналогичное соотношение для врачей-специалистов в целом составляет 3,8, а врачей-специалистов, работающих в клиниках - 4,7²⁷. Говоря о реальных цифрах, можно сказать, что доходы врача-терапевта в среднем по Швейцарии составляют около 150 тыс. CHF в год, т.е. примерно 12,5 тыс. CHF в месяц. Доходы высококвалифицированного врача-специалиста составляют около 250 тыс. CHF в год, т.е. примерно 20 тыс. CHF в месяц. Доходы младшего и среднего медицинского персонала составляют около 75 тыс. CHF в год или примерно 6 тыс. CHF в месяц. Следует отметить, что доходы врачей, работающих в швейцарских клиниках, выше, чем у врачей, работающих в клиниках других стран.

В целом система здравоохранения Швейцарии характеризуется наличием большого количества частных игроков на рынке, жестким ориентированием на бизнес-подходы к здравоохранению и отсутствием не-

посредственного контроля со стороны государства за качеством оказания медицинской помощи.

Дополнительные источники:

1. The Swiss Health System, CIVITAS Institute for the Study of Civil Society 2007, Author: Claire Daley and James Gubb, Civitas, 12/2007 (www.civitas.org.uk/nhs/switzerland.pdf), [дата просмотра 20.03.2010];
2. Интернет-сайт Federal Office of Public Health (FOPH), www.bag.admin.ch, [дата просмотра 20.03.2010];
3. Интернет-сайт «Программы безопасности пациентов» FOPH, <http://www.swiss-q.admin.ch>, [дата просмотра 20.03.2010];
4. Интернет-сайт швейцарского отделения организации Красный крест, <http://www.migesplus.ch>, [дата просмотра 20.03.2010].

Ссылки

- ¹ Federal Chancellery, The Swiss Confederation a brief guide 2009, 31st edition, Bern.
- ² Finanzberichterstattung zum Voranschlag 2009 (inkl. Bericht zum Finanzplan 2010-2012), <http://www.efd.admin.ch/aktuell>, [дата просмотра 25.08.2010].
- ³ Интернет-сайт WHO/Europe, WHOSIS, 2009, <http://www.who.int/countries/che/ru/>, Core Health Indicators, [дата просмотра 25.08.2010].
- ⁴ Интернет-сайт FOPH, www.bag.admin.ch, [дата просмотра 01.04.2010].
- ⁵ Интернет-сайт WHO/Europe, WHOSIS, 2009, Core Health Indicators http://apps.who.int/whosis/database/core/core_select_process.cfm?country=che&indicators=healthpersonnel# [дата просмотра 25.08.2010].
- ⁶ Office fédéral de la statistique, Emploi dans le domaine de la santé : Résultats du recensement des entreprises de 1998, Neuchâtel.
- ⁷ OECD, OECD Health data 2010, <http://www.oecd.org/dataoecd/20/13/45552864.xls>, [дата просмотра 25.08.2010].
- ⁸ Источник тот же, что и [1].
- ⁹ Источники: United Nations Economic Commission for Europe (UNECE), The Statistical Yearbook of Economic Commis-

sion for Europe 2005 и Statistical Yearbook United Nations; Health, United States, 2006; OECD Health Data 2008; European health for all database (HFA-DB), WHO/Europe, 2009.

¹⁰ Интернет-сайт WHO/Europe, WHOSIS, Mortality Country Fact Sheet 2006, http://www.who.int/whosis/mort/profiles/mort_euro_che_swi_tzgerland.pdf.

¹¹ По состоянию на 2008 год. Источник тот же, что и [7].

¹² Общепринятое сокращен. от франц. Loi Fédérale sur l'assurance-maladie (Федеральное медицинское страхование), (LAMal) или аналог. знач. с нем. Krankenversicherungsgesetz (Законодательство о медицинском страховании), (KVG).

¹³ Общепринятое сокращен. от франц. Loi sur le contract d'assurance (Страхование на базе договора), (LAA) или аналог. знач. с нем. Versicherungsvertragsgesetz (Законодательство о страховании), (VVG), иными словами добровольное страхование.

¹⁴ Более подробно об этом см. в разделе «Затраты на персонaльное медицинское страхование».

¹⁵ Данные приведены в швейцарских франках по состоянию на 2002 год. Превышение расходов в отношении женщин в возрасте 19-40 лет над расходами на мужчин объясняется дополнительными расходами, связанными с материнством (беременность и роды), не обусловленными ухудшением состояния здоровья. Источник: Office fédéral de la statistique, Cout et financement du système de santé en 2004, Neuchâtel.

¹⁶ Office fédéral de la statistique, Cout et financement du système de santé en 2004, Neuchâtel.

¹⁷ Britt F. M. Brombacher Steiner and P. Streit (2005), «Assurance-maladie» и G. Kocher and W. Oggier (eds.), Système de santé suisse 2004-2006: Survol de la situation actuelle, Edition Hans Huber, Bern, стр.55.

¹⁸ Интернет-сайт FOPH, www.bag.admin.ch, [дата просмотра 01.04.2010].

¹⁹ Перечень полномочий не полный. См. первоисточники: European Observatory on Health Care Systems (2000), Healthcare in transition – Switzerland, Copenhagen; Korcher G. «Confédération, cantons et communes: Partage des compétences et des tâches»; G. Kocher and W. Oggier (eds.), Système de santé suisse 2004-2006: Survol de la situation actuelle, Ed. Hans Huber, Bern, p.90-96.

²⁰ Источник тот же, что и [16].

²¹ OECD, OECD Health data 2005, Paris.

²² Office fédéral de la santé publique, Aperçu des primes 2005, Bern.

²³ По состоянию на 2003 год. Источник: тот же, что и [21].

²⁴ Источники: OECD: OECD Health data 2005 (за 2003 год) и OECD Health data 2010 (за 2008 год), <http://www.oecd.org/dataoecd/20/13/45552864.xls>, [дата просмотра 25.08.2010].

²⁵ Данные по состоянию на 2003 год. Размеры премии приведены по лицам, чей возраст старше 26 лет. См. первоисточник: Office fédéral de la santé publique, statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2003, Bern.

²⁶ Частично использованы данные, опубликованные в источнике: Examens de l'OCDE des systèmes de santé : La Suisse, Reprinted 2008, p. 34.

²⁷ Данные за 2001 год. Источник: тот же, что и [21].



НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ И ДОКУМЕНТЫ



ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 4 октября 2010 г. N 782

О ПРОГРАММЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА 2011 ГОД

В целях обеспечения конституционных прав граждан Российской Федерации на получение бесплатной медицинской помощи Правительство Российской Федерации постановляет:

1. Утвердить прилагаемую Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год.

2. Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации:

а) внести в установленном порядке в Правительство Российской Федерации:

до 1 июля 2011 г. - доклад о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2010 год;

до 20 августа 2011 г. - проект программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год;

б) давать разъяснения по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год;

в) привести свои нормативные правовые акты в соответствие с настоящим Постановлением.

3. Рекомендовать органам государственной власти субъектов Российской Федерации утвердить до 25 декабря 2010 г. территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год.

Председатель Правительства
Российской Федерации
В. ПУТИН



**Постановлением Правительства
Российской Федерации
от 4 октября 2010 г. N 782**

**ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА 2011 ГОД**

I. Общие положения

Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год (далее - Программа) 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 (далее - граждане) 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 год (включая территориальные программы обязательного медицинского страхования) (далее - территориальные программы).

В рамках территориальных программ за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и средств обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение оказания федеральными государственными учреждениями, подведомственными Федеральному медико-биологическому агентству, медицинской помощи работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, населению закрытых административно-территориальных образований, наукоградов Российской Федерации, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, а также оказания медицинской помощи гражданам при постановке их на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу по контракту, поступлении в военные образовательные учреждения профессионального образования и призыве на военные сборы, за исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной службе.

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.

II. Виды и условия оказания медицинской помощи

В рамках Программы бесплатно предоставляются:

первичная медико-санитарная помощь;

скорая, в том числе специализированная (санитарно-авиационная), медицинская помощь;

специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь.

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, диспансерному наблюдению женщин в период беременности, здоровых детей и лиц с хроническими заболеваниями, предупреждению аборт, санитарно-гигиеническое просвещение граждан, а также осуществление других мероприятий, связанных с оказанием первичной медико-санитарной помощи гражданам.

Первичная медико-санитарная помощь предоставляется гражданам в медицинских организациях и их соответствующих структурных подразделениях, в том числе во врачебно-физкультурных диспансерах, центрах планирования семьи и репродукции, центрах охраны репродуктивного здоровья подростков и центрах медицинской профилактики, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-специалистами, а также соответствующим средним медицинским персоналом.

Скорая, в том числе специализированная (санитарно-авиационная), медицинская помощь оказывается безотлагательно гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (несчастные случаи, травмы, отравления, а также другие состояния и заболевания), учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи государственной или муниципальной системы здравоохранения.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь предоставляется гражданам в медицинских организациях при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий.

Медицинская помощь предоставляется гражданам:

учреждениями и структурными подразделениями скорой медицинской помощи (скорая медицинская помощь);

амбулаторно-поликлиническими учреждениями и другими медицинскими организациями или их соответствующими структурными подразделениями, а также дневными стационарами всех типов (амбулаторная медицинская помощь);

больничными учреждениями и другими медицинскими организациями или их соответствующими структурными подразделениями (стационарная медицинская помощь).

Амбулаторная медицинская помощь предоставляется гражданам при заболеваниях, травмах, отравлениях и других патологических состояниях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, изоляции и использования интенсивных методов лечения, а также при беременности и искусственном прерывании беременности на ранних сроках (абортах).

В целях повышения эффективности оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний, не требующих срочного медицинского вмешательства, в структуре медицинских учреждений муниципальной системы здравоохранения может создаваться служба неотложной медицинской помощи.

Стационарная медицинская помощь предоставляется гражданам в случаях заболеваний, в том числе острых, обострения хронических заболеваний, отравлений, травм, патологии беременности, родов, аборт, а также в период новорожденности, которые требуют круглосуточного медицинского наблюдения, применения интенсивных методов лечения и (или) изоляции, в том числе по эпидемическим показаниям.

Мероприятия по восстановительному лечению и реабилитации больных осуществляются в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях, иных медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях, включая центры восстановительной медицины и реабилитации, в том числе детские, а также санатории, в том числе детские и для детей с родителями.

При оказании медицинской помощи осуществляется обеспечение граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации необходимыми лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов.

Для получения медицинской помощи граждане имеют право на выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача (с учетом согласия врача), а также на выбор медицинской организации в соответствии с договорами на оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Территориальная программа включает 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.

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.

III. Источники финансового обеспечения оказания медицинской помощи

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.

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 препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации в следующих случаях:

инфекционные и паразитарные болезни, за исключением болезней, передающихся половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита;

новообразования;

болезни эндокринной системы;

расстройства питания и нарушения обмена веществ;

болезни нервной системы;

болезни крови, кроветворных органов;

отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;

болезни глаза и его придаточного аппарата;

болезни уха и сосцевидного отростка;

болезни системы кровообращения;

болезни органов дыхания;

болезни органов пищеварения;

болезни мочеполовой системы;

болезни кожи и подкожной клетчатки;

болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;

травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;
врожденные аномалии (пороки развития);
деформации и хромосомные нарушения;
беременность, роды, послеродовой период и аборт;
отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

Кроме того, в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования может финансироваться медицинская помощь, предоставляемая в санаториях, в том числе детских и для детей с родителями.

За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета предоставляются:

дополнительная медицинская помощь, оказываемая врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, медицинскими сестрами участковыми врачей-педиатров участковых и медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей) федеральных государственных учреждений, находящихся в ведении Федерального медико-биологического агентства;

дополнительная медицинская помощь, оказываемая врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, медицинскими сестрами участковыми врачей-педиатров участковых и медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей) учреждений здравоохранения Российской академии наук, Сибирского отделения Российской академии наук при условии размещения в этих учреждениях муниципального заказа на оказание первичной медико-санитарной помощи;

специализированная медицинская помощь, оказываемая в федеральных специализированных медицинских учреждениях, перечень которых утверждается Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в медицинских организациях в соответствии с государственным заданием, сформированным в порядке, определяемом Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

медицинская помощь, предусмотренная федеральными законами для определенных категорий граждан, оказываемая в соответствии со сформированным государственным заданием в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации;

дополнительные мероприятия по развитию профилактического направления медицинской помощи (диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, дополнительная диспансеризация работающих граждан, иммунизация граждан, ранняя диагностика отдельных заболеваний) в соответствии с законодательством Российской Федерации;

скорая медицинская помощь, а также первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь, оказываемая федеральными государственными учреждениями, подведомственными Федеральному медико-биологическому агентству, работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, а также населению закрытых административно-территориальных образований, наукоградов Российской Федерации, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, за исключением затрат, финансируемых за счет средств обязательного медицинского страхования;

лекарственные препараты, предназначенные для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, по перечню лекарственных препаратов, утверждаемому Правительством Российской Федерации.

За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета предоставляются субсидии бюджетам субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, медицинскими сестрами участковыми врачей-педиатров участковых и медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей) учреждений здравоохранения муниципальных образований, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, либо (при отсутствии учреждений здравоохранения муниципальных образований) соответствующих учреждений здравоохранения субъекта Российской Федерации, либо (при отсутствии на территории муниципального образования учреждений здравоохранения муниципальных образований и учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации) медицинских организаций, в которых в порядке,

установленном законодательством Российской Федерации, размещен муниципальный заказ, за исключением учреждений здравоохранения, подведомственных главным распорядителям средств федерального бюджета.

За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, предоставленных в установленном порядке бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура, оказывается государственная социальная помощь отдельным категориям граждан в виде набора социальных услуг в части обеспечения необходимыми лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов.

За счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации предоставляются:

специализированная (санитарно-авиационная) скорая медицинская помощь;

специализированная медицинская помощь, оказываемая в онкологических диспансерах (в части содержания), кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических и других специализированных медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации, входящих в номенклатуру учреждений здравоохранения, утверждаемую Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ;

высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации дополнительно к государственному заданию, сформированному в порядке, определяемом Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

лекарственные препараты в соответствии:

с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, включая обеспечение граждан лекарственными препаратами, предназначенными для больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, с учетом лекарственных препаратов, предусмотренных перечнем, утверждаемым Правительством Российской Федерации;

с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.

За счет бюджетных ассигнований местных бюджетов, за исключением муниципальных образований, медицинская помощь населению которых в соответствии с законодательством Российской Федерации оказывается федеральными государственными учреждениями, подведомственными Федеральному медико-биологическому агентству, предоставляются:

скорая медицинская помощь, за исключением специализированной (санитарно-авиационной);

первичная медико-санитарная помощь, оказываемая гражданам при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ.

В соответствии с законодательством Российской Федерации расходы соответствующих бюджетов включают в себя обеспечение медицинских организаций лекарственными препаратами и иными средствами, изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами, донорской кровью и ее компонентами.

Кроме того, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов в установленном порядке предоставляются медицинская помощь, медицинские и иные услуги в лепрозориях, центрах по профилактике и борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита и инфекционными заболеваниями, центрах профессиональной патологии, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомических бюро, медицинских информационно-аналитических центрах, бюро медицинской статистики, на станциях переливания крови, в центрах крови, домах ребенка, включая специализированные, хосписах, домах (больницах) сестринского ухода, молочных кухнях и прочих медицинских учреждениях, входящих в номенклатуру учреждений здравоохранения, утверждаемую Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, которые не участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

IV. Нормативы объема медицинской помощи

Нормативы объема медицинской помощи по ее видам рассчитываются в единицах объема на 1 человека в год. Нормативы используются в целях планирования и финансово-экономического обоснования размера подушевых нормативов финансового обеспечения, предусмотренных Программой, и в среднем составляют:

для скорой, в том числе специализированной (санитарно-авиационной), медицинской помощи - 0,318 вызова;

для амбулаторной, в том числе неотложной, медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторно-поликлинических учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях, - 9,7 посещения, в том числе в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 8,962 посещения;

для амбулаторной медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров, - 0,59 пациенто-дня, в том числе в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 0,49 пациенто-дня;

для стационарной медицинской помощи, предоставляемой в больничных учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях, - 2,78 койко-дня, в том числе в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 1,894 койко-дня. В норматив объема стационарной медицинской помощи не включается объем медицинской помощи, предоставляемой в санаториях, в том числе детских и для детей с родителями.

При формировании территориальной программы нормативы объемов медицинской помощи корректируются с учетом особенностей возрастного-полового состава, уровня и структуры заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, климатогеографических условий региона и транспортной доступности медицинских организаций.

V. Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансового обеспечения, порядок формирования и структура тарифов на медицинскую помощь

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Программой, рассчитаны исходя из расходов на ее оказание и в среднем составляют:

на 1 вызов скорой, в том числе специализированной (санитарно-авиационной), медицинской помощи - 1710,1 рубля;

на 1 посещение амбулаторно-поликлинических учреждений и других медицинских организаций или их соответствующих структурных подразделений (включая оказание неотложной медицинской помощи) - 218,1 рубля, в том числе 169,5 рубля - за счет средств обязательного медицинского страхования;

на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров - 478 рублей, в том числе 470,5 рубля - за счет средств обязательного медицинского страхования;

на 1 койко-день в больничных учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях - 1380,6 рубля, в том числе 1167 рублей - за счет средств обязательного медицинского страхования.

Тарифы медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, включают 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).

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 при условии выполнения установленных Программой:

подушевых нормативов финансового обеспечения, в том числе базовой программы обязательного медицинского страхования;

нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи.

Подушевые нормативы финансового обеспечения, предусмотренные Программой, отражают размер бюджетных ассигнований, необходимых для компенсации затрат по предоставлению бесплатной медицинской помощи в расчете на 1 человека в год.

Финансовое обеспечение Программы в части обязательств Российской Федерации осуществляется в объемах, предусмотренных в федеральном бюджете на 2011 год.

Подушевые нормативы финансового обеспечения территориальной программы устанавливаются органом государственной власти субъекта Российской Федерации исходя из нормативов, предусмотренных разделом IV и настоящим разделом Программы, с учетом соответствующих районных коэффициентов.

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 год;

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 рубля, из них:

4102,9 рубля - за счет средств обязательного медицинского страхования;

3530,5 рубля - 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.

VI. Критерии доступности и качества медицинской помощи

Территориальной программой устанавливаются целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, на основе которых проводится комплексная оценка уровня и динамики следующих показателей:

удовлетворенность населения медицинской помощью;

число лиц, страдающих социально значимыми болезнями, с установленным впервые в жизни диагнозом;

число лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами;

смертность населения;

смертность населения в трудоспособном возрасте;

смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний;

смертность населения от онкологических заболеваний;

смертность населения от внешних причин;

смертность населения в результате дорожно-транспортных происшествий;

смертность населения от туберкулеза;

материнская смертность;

младенческая смертность;

охват населения профилактическими осмотрами, проводимыми с целью выявления туберкулеза;

доступность медицинской помощи на основе оценки реализации нормативов объема медицинской помощи по видам в соответствии с Программой, а также установленных территориальной программой сроков ожидания гражданами медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке;

эффективность использования ресурсов здравоохранения (кадровых, материально-технических, финансовых и других), в том числе показатели обеспеченности населения врачами, средним медицинским персоналом и больничными койками.

При реализации территориальной программы с учетом рекомендаций Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации применяются эффективные способы оплаты медицинской помощи, ориентированные на результат деятельности медицинских организаций (по законченному случаю, на основе подушевого финансового обеспечения оказания амбулаторной медицинской помощи в сочетании с оплатой за единицу объема оказанной медицинской помощи, по средней стоимости стационарного лечения пациента с учетом профиля отделения, по клинико-статистической группе болезней, а также по единице объема оказанной медицинской помощи).

Выравнивание финансовых условий реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования с учетом совокупных доходных источников их финансового обеспечения, а также стимулирование эффективности реализации территориальных программ осуществляются в соответствии с законодательством Российской Федерации.