

**Межпарламентская Ассамблея государств – участников
Содружества Независимых Государств**

**МОДЕЛЬНЫЙ ЗАКОН
О страховой медицине**

Глава 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Предмет регулирования настоящего Закона

Настоящий Закон регулирует отношения, возникающие в связи с осуществлением обязательного и добровольного медицинского страхования, в том числе определяет правовое положение субъектов и объектов медицинского страхования, основания возникновения их прав и обязанностей, гарантии их реализации, отношения и ответственность, связанные с уплатой страховых взносов (*вариант* – налогов) на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Статья 2. Медицинское страхование

1. Медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения государств – участников СНГ в охране здоровья.

2. Цель медицинского страхования – гарантировать застрахованным лицам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи.

3. Медицинское страхование осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном.

4. Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем застрахованным лицам равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования.

5. Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования.

Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным.

Статья 3. Основные понятия, используемые в настоящем Законе

Для целей настоящего Закона используются следующие основные понятия:

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 Законом случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования;

добровольное медицинское страхование – медицинское страхование, осуществляемое на добровольной основе и финансируемое из личных средств граждан (индивидуальное) или работодателей (коллективное, корпоративное);

объект обязательного медицинского страхования – страховой риск, связанный с возникновением страхового случая;

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

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

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;

страховые взносы (вариант – налоговые поступления, платежи, единый социальный налог) 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;

застрахованное лицо – физическое лицо, на которое распространяется обязательное и добровольное медицинское страхование в соответствии с настоящим Законом;

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 медицинской помощи и устанавливающая единые требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования;

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, соответствующей 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 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 в органах управления обязательного медицинского страхования;

7) гласность системы обязательного медицинского страхования;

8) использование средств обязательного медицинского страхования исключительно на оказание медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования.

Статья 5. Полномочия в сфере обязательного медицинского страхования

В статье должны быть разграничены полномочия в сфере обязательного медицинского страхования всех ветвей власти в зависимости от особенностей государственного устройства и конституционных полномочий в государстве – участнике СНГ.

Глава 2. СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Статья 6. Субъекты медицинского страхования

В качестве субъектов медицинского страхования выступают: застрахованное лицо, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение, территориальные фонды обязательного медицинского страхования, центральный фонд обязательного медицинского страхования.

Статья 7. Объект добровольного медицинского страхования

Объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

Статья 8. Страховой медицинский полис

1. Каждое застрахованное лицо в системе обязательного или добровольного медицинского страхования получает медицинский полис, который находится на руках у застрахованного лица.

2. Форма страхового медицинского полиса и правила его ведения утверждаются уполномоченным органом исполнительной власти.

3. Страховой медицинский полис имеет силу на всей территории страны, а также на территориях других государств – участников СНГ.

Статья 9. Права граждан в системе медицинского страхования

1. Граждане государств – участников СНГ, иностранные граждане, постоянно или временно проживающие в стране, имеют право на:

1) обязательное и добровольное медицинское страхование;
2) выбор медицинской страховой организации;
3) выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;

4) получение медицинской помощи на территории государств – участников СНГ, в том числе за пределами постоянного места жительства;

5) предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба, независимо от того, предусмотрено это или нет в договоре медицинского страхования;

6) возвратность части страховых взносов при добровольном медицинском страховании, если это определено условиями договора.

2. Нормы, касающиеся обязательного медицинского страхования, устанавливаемые настоящим Законом и принятыми в соответствии с ним нормативными актами, распространяются на работающих граждан с момента заключения с ними трудового договора.

3. Защиту интересов граждан осуществляют страховые медицинские организации, территориальные фонды обязательного медицинского страхования, центральный фонд обязательного медицинского страхования.

Статья 10. Права и обязанности лиц, не имеющих гражданства, в системе медицинского страхования

1. На территории государств – участников СНГ лица, не имеющие гражданства, постоянно или временно проживающие, имеют такие же права и обязанности в системе медицинского страхования, как и граждане.

2. Скорая и неотложная медицинская помощь оказывается лицам, не имеющим гражданства и регистрации, бесплатно. Плановая медицинская по-

мощь этим лицам оказывается с последующим возмещением стоимости лечения страной проживания. Порядок возмещения стоимости планового лечения граждан государств – участников СНГ утверждается органами управления СНГ и межгосударственными соглашениями.

Статья 11. Страхователи

(редакция статьи зависит от гражданского законодательства государства – участника СНГ)

1. Страхователями для работающих граждан 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, арбитражные управляющие.

2. Страхователями для неработающих граждан являются органы исполнительной власти, иные организации, определенные правительством страны. Указанные страхователи являются плательщиками страховых взносов (*вариант* – налогов) на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

3. Страхователями при добровольном медицинском страховании выступают отдельные граждане, обладающие гражданской дееспособностью (индивидуальное страхование), или (и) работодатели, представляющие интересы граждан (коллективное, корпоративное страхование).

Статья 12. Регистрация страхователей при обязательном медицинском страховании

(редакция статьи зависит от гражданского законодательства государства – участника СНГ)

1. Регистрация страхователей при обязательном медицинском страховании осуществляется в территориальных фондах обязательного медицинского страхования:

1) страхователей – организаций и индивидуальных предпринимателей – в пятидневный срок с момента представления в территориальные фонды обязательного медицинского страхования органом исполнительной власти, осуществляющим государственную регистрацию юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, сведений, содержащихся соответственно в едином государственном реестре юридических лиц, едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей и представляемых в порядке, установленном уполномоченным правительством страны органом исполнительной власти;

2) страхователей – нотариусов, занимающихся частной практикой, – по месту их жительства на основании представляемого в срок не позднее 30 дней

со дня назначения на должность нотариуса заявления о регистрации в качестве страхователя и представляемых одновременно с указанным заявлением копий документа, подтверждающего назначение на должность нотариуса, документа, удостоверяющего личность страхователя, документов, подтверждающих его регистрацию по месту жительства и постановку на учет в налоговом органе;

(редакция зависит от устройства нотариата государства – участника СНГ)

3) страхователей-адвокатов – по месту их жительства (в случае осуществления ими деятельности в другом месте – по месту осуществления этой деятельности) на основании представляемого в срок не позднее 30 дней со дня выдачи удостоверения адвоката заявления о регистрации в качестве страхователя и представляемых одновременно с заявлением копий удостоверения адвоката, документов, удостоверяющих личность страхователя и подтверждающих его регистрацию по месту жительства;

(редакция зависит от устройства адвокатуры государства – участника СНГ)

4) страхователей – физических лиц, заключивших трудовые договоры с работниками, а также выплачивающих по договорам гражданско-правового характера вознаграждения, на которые в соответствии с законодательством государства начисляются взносы (*вариант* – налоги) в части, подлежащей зачислению в фонды обязательного медицинского страхования, – по месту жительства указанных физических лиц на основании заявления о регистрации в качестве страхователя, представляемого в срок не позднее 30 дней со дня заключения соответствующих договоров;

5) страхователей-организаций – по месту нахождения их обособленных подразделений на основании заявления о регистрации в качестве страхователя, представляемого в срок не позднее 30 дней со дня создания обособленного подразделения;

6) страхователей – органов государственной власти и органов местного самоуправления – на основании заявления о регистрации в качестве страхователя, представляемого в срок не позднее 30 дней со дня их учреждения.

2. Порядок регистрации страхователей в территориальном фонде обязательного медицинского страхования и форма свидетельства о регистрации страхователя устанавливаются уполномоченным правительством страны органом исполнительной власти.

Статья 13. Фонды обязательного медицинского страхования

1. Для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования создаются центральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования как самостоятельные юридические лица.

2. Для реализации своих полномочий территориальные фонды могут создавать филиалы и представительства.

3. Фонды обязательного медицинского страхования предназначены для аккумуляции финансовых средств на обязательное медицинское страхование, обеспечения финансовой стабильности государственной системы обязательного медицинского страхования и выравнивания финансовых ресурсов на его проведение.

4. Финансовые средства фондов обязательного медицинского страхования находятся в государственной собственности, не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат.

Глава 3. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

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

1. Страховыми медицинскими организациями выступают юридические лица, осуществляющие медицинское страхование и имеющие государственное разрешение (лицензию) на право заниматься медицинским страхованием.

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

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

4. Страховые медицинские организации ведут отдельный учет доходов и расходов по операциям со средствами обязательного медицинского страхования и средствами добровольного медицинского страхования.

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

6. Средства, предназначенные для оплаты медицинской помощи и поступающие в страховую медицинскую организацию, являются средствами целевого финансирования (далее – целевые средства). Для осуществления операций с целевыми средствами страховые медицинские организации открывают отдельные банковские счета в кредитных организациях, соответствующих требованиям, которые устанавливаются правительством страны.

7. Страховые медицинские организации в соответствии с требованиями, установленными правилами обязательного медицинского страхования, размещают на собственных официальных сайтах в Интернете, опубликовывают в средствах массовой информации или доводят до сведения застрахованных лиц иными предусмотренными законодательством способами информацию о своей деятельности, составе учредителей (участников, акционеров), финансовых ре-

зультатах деятельности, об опыте работы, о количестве застрахованных лиц, медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, 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.

Страховые медицинские организации в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, осуществляют информационное сопровождение застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи.

8. В случае если на отдельных территориях страны отсутствуют страховые медицинские организации, их полномочия осуществляются территориальным фондом до дня начала осуществления деятельности страховых медицинских организаций.

Статья 15. Права и обязанности страховой медицинской организации

1. Страховая медицинская организация имеет право:

- 1) свободно выбирать медицинские учреждения для оказания медицинской помощи и услуг по договорам медицинского страхования;
- 2) устанавливать размер страховых взносов по добровольному медицинскому страхованию;
- 3) принимать участие в определении тарифов на медицинские услуги;
- 4) предъявлять в судебном порядке иск медицинскому учреждению или (и) медицинскому работнику на материальное возмещение физического или (и) морального ущерба, причиненного застрахованному лицу по их вине.

2. Страховая медицинская организация обязана:

- 1) осуществлять деятельность по обязательному медицинскому страхованию на некоммерческой основе;
- 2) заключать договоры с медицинскими организациями на оказание медицинской помощи застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию;
- 3) заключать договоры на оказание медицинских, оздоровительных и социальных услуг гражданам по добровольному медицинскому страхованию с любыми медицинскими или иными учреждениями;
- 4) с момента заключения договора медицинского страхования выдавать страхователю или застрахованному лицу страховые медицинские полисы;
- 5) осуществлять возвратность части страховых взносов страхователю или застрахованному лицу, если это предусмотрено договором добровольного медицинского страхования;
- 6) контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора;

7) защищать интересы застрахованных лиц.

3. Страховые медицинские организации для обеспечения устойчивости страховой деятельности создают резервные фонды.

Глава 4. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Статья 16. Права и обязанности медицинских организаций

1. Медицинскую помощь в системе медицинского страхования оказывают медицинские организации любой организационно-правовой формы и формы собственности. Они являются самостоятельными юридическими лицами.

2. 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 программой обязательного медицинского страхования.

3. Медицинские учреждения реализуют программы добровольного медицинского страхования без ущерба для программ обязательного медицинского страхования в соответствии с утверждаемыми правительством страны правилами предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими организациями.

4. 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 Законом;

2) обжаловать заключения страховой медицинской организации и территориального фонда по оценке объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

5. Медицинские организации обязаны:

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

2) вести в соответствии с настоящим Законом персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования;

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 центральным 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 Интернете 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, а также показателях доступности и качества медицинской помощи, перечень которых устанавливается в территориальной программе обязательного медицинского страхования.

Глава 5. ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Статья 17. Источники финансирования системы здравоохранения

Источниками финансовых ресурсов системы здравоохранения являются:

- 1) бюджетные средства;
- 2) средства государственных и общественных организаций (объединений), предприятий и других хозяйствующих субъектов;
- 3) личные средства граждан;
- 4) безвозмездные и (или) благотворительные взносы и пожертвования;
- 5) доходы от ценных бумаг;
- 6) кредиты банков и других кредиторов;
- 7) иные источники, не запрещенные законодательством.

Из этих источников формируются финансовые средства системы здравоохранения и финансовые средства государственной системы обязательного медицинского страхования.

Статья 18. Финансовые средства системы здравоохранения

1. Финансовые средства системы здравоохранения предназначены для реализации государственной политики в области охраны здоровья населения.

2. Финансовые средства системы здравоохранения используются для:

- 1) финансирования мероприятий по разработке и реализации целевых программ;
- 2) обеспечения профессиональной подготовки кадров;
- 3) финансирования научных исследований;
- 4) развития материально-технической базы учреждений здравоохранения;
- 5) субсидирования конкретных территорий с целью выравнивания условий оказания медицинской помощи населению по обязательному медицинскому страхованию;
- 6) оплаты особо дорогостоящих видов медицинской помощи;
- 7) финансирования медицинских учреждений, оказывающих помощь при социально значимых заболеваниях;

8) оказания медицинской помощи при массовых заболеваниях, в зонах стихийных бедствий, катастроф и для других целей в области охраны здоровья населения.

3. Средства, не израсходованные в истекшем году, изъятию не подлежат и при утверждении ассигнований из бюджета на следующий год не учитываются.

Статья 19. Страховые взносы на медицинское страхование

1. Обязанность по уплате страховых взносов (*вариант* – налогов) 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 законом.

Страховые взносы устанавливаются как ставки платежей по обязательному медицинскому страхованию в размерах, обеспечивающих выполнение программ медицинского страхования и деятельность страховой медицинской организации.

2. Платежи на обязательное медицинское страхование неработающего населения осуществляют органы исполнительной власти за счет средств, предусматриваемых в соответствующих бюджетах при их формировании на соответствующие годы с учетом индексации цен.

3. Добровольное медицинское страхование осуществляется за счет прибыли (доходов) предприятий и личных средств граждан путем заключения договора.

4. Размеры страховых взносов на добровольное медицинское страхование устанавливаются по соглашению сторон.

Статья 20. Размещение временно свободных средств обязательного медицинского страхования

Порядок и условия размещения временно свободных средств обязательного медицинского страхования центральным фондом, территориальными фондами и страховыми медицинскими организациями устанавливаются правительством страны.

Статья 21. 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 субъектами обязательного медицинского страхования договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Форма и содержание договоров определяются правительством страны.

Статья 22. Тарифы на услуги в системе медицинского страхования

1. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию рассчитываются в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной уполномоченным 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 по обязательному медицинскому страхованию устанавливаются тарифным соглашением между органом исполнительной власти, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти, территориальным фондом, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав комиссии, создаваемой на территории страны.

3. Тарифы на оплату медицинской помощи в одной медицинской организации являются едиными для всех страховых медицинских организаций, находящихся на территории, оплачивающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

4. Уполномоченные органы исполнительной власти территорий размещают на своих официальных сайтах в Интернете установленные тарифы на оплату медицинской помощи в срок не позднее 14 календарных дней со дня их установления.

5. Тарифы на медицинские и иные услуги при добровольном медицинском страховании устанавливаются по соглашению между страховой медицинской организацией и предприятием, организацией, учреждением или лицом, предоставляющими эти услуги.

Статья 23. Возмещение расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью

1. Расходы, осуществленные в соответствии с настоящим 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 меди-

цинской организации.

4. Страховая медицинская организация в дополнение к требованиям, предусмотренным пунктами 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.

Глава 6. ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Статья 24. Базовая программа обязательного медицинского страхования

1. Базовая программа обязательного медицинского страхования – составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой правительством страны.

2. Базовая программа обязательного медицинского страхования определяет виды медицинской помощи (включая перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения), перечень страховых случаев, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию 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 порядка оказания медицинской помощи, установленных уполномоченным органом исполнительной власти.

5. Права застрахованных лиц на бесплатное оказание медицинской по-

мощи, установленные базовой программой обязательного медицинского страхования, являются едиными на всей территории.

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

Статья 25. Территориальная программа обязательного медицинского страхования

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

2. Для разработки проекта территориальной программы обязательного медицинского страхования создается комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, в состав которой входят представители органа исполнительной власти, территориального фонда, страховых медицинских организаций и медицинских организаций, представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории, 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.

Глава 7. КОНТРОЛЬ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

Статья 26. 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 центральным 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 представленных 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.

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.

5. Экспертиза качества медицинской помощи – выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

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 образование и отвечающий требованиям, установленным правилами обязательного медицинского страхования.

6. 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.

7. Результаты медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи оформляются соответствующими актами по формам, установленным центральным фондом.

8. По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования.

9. Территориальный фонд в порядке, установленном центральным 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 органи-

зациями и медицинскими организациями.

Статья 27. Обжалование заключений страховой медицинской организации по оценке 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.

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

2. 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.

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

4. При несогласии медицинской организации с решением территориального фонда она вправе обжаловать это решение в судебном порядке.

Принят на сорок пятом
пленарном заседании
Межпарламентской Ассамблеи
государств — участников СНГ
(постановление № 45-9 от 25 ноября 2016 года)