

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 персонафицированного 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 персонафицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонафицированного 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 (реестра счетов) за оказанную медицинскую помощь;
(в ред. Федерального закона от 30.11.2011 N 369-ФЗ)

3) представление отчетности об использовании средств обязательного медицинского страхования, об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи и иной отчетности в порядке, установленном Федеральным фондом;

4) выполнение иных предусмотренных настоящим Федеральным законом и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию обязанностей.

5. Страховые медицинские организации не вправе отказать в заключении договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию медицинской организации, выбранной застрахованным лицом и включенной в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

6. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования.

7. За неоплату или несвоевременную оплату медицинской помощи, оказанной по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, страховая медицинская организация за счет собственных средств уплачивает медицинской организации пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день возникновения просрочки, от неперечисленных сумм за каждый день просрочки.

8. За неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию медицинская организация уплачивает штраф в порядке и размере, которые установлены указанным договором.

9. За использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, медицинская организация уплачивает в бюджет территориального фонда штраф в размере 10 процентов от 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 за каждый день просрочки. 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.

(в ред. Федерального закона от 30.11.2011 N 369-ФЗ)

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.