|  |
| --- |
|  |
| "Комментарий к Федеральному закону от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"(Пешкова (Белогорцева) Х.В., Бондарева Э.С., Лысенко Т.И., Митричев И.А.)(Подготовлен для системы КонсультантПлюс, 2020) |
| Документ предоставлен [**КонсультантПлюсwww.consultant.ru**](https://www.consultant.ru)Дата сохранения: 19.07.2021  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Подготовлен для системы КонсультантПлюс |  |

КОММЕНТАРИЙ К ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ

ОТ 29 НОЯБРЯ 2010 Г. N 326-ФЗ "ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ

СТРАХОВАНИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ"

Материал подготовлен с использованием правовых актов

по состоянию на 1 ноября 2020 года

Х.В. ПЕШКОВА (БЕЛОГОРЦЕВА), Э.С. БОНДАРЕВА, Т.И. ЛЫСЕНКО,

И.А. МИТРИЧЕВ

Авторы

Пешкова (Белогорцева) Христина Вячеславовна - доктор юридических наук, профессор Воронежского института Федеральной службы исполнения наказаний, главный редактор журнала "Журнал юридических исследований" (НИЦ ИНФРА-М), автор ряда трудов в области финансового права, правового регулирования экономики, в том числе комментариев к федеральным законам;

Бондарева Эльвира Степановна - кандидат юридических наук, советник Уполномоченного по правам человека в Иркутской области, автор научных публикаций, комментариев к федеральным законам в области трудового права и права социального обеспечения;

Лысенко Татьяна Ивановна - кандидат юридических наук, доцент кафедры гражданского права Всероссийского государственного университета юстиции (РПА Минюста России), Казанский филиал", кафедры гражданского и предпринимательского права Казанского инновационного университета им. В.Г. Тимирясова (ИЭУП); в сферу научных интересов и преподаваемых дисциплин входят право социального обеспечения, медицинское право, страховое право;

Митричев Илья Алексеевич - кандидат юридических наук, доцент кафедры предпринимательского права Уральского государственного юридического университета; автор научных публикаций в области страхового права.

Комментарий к Федеральному закону от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" является постатейным научно-практическим комментарием. В нем последовательно характеризуются регулируемые настоящим Федеральным законом отношения, возникающие в связи с осуществлением обязательного медицинского страхования между субъектами и участниками ОМС, касающиеся формирования и расходования средств ОМС, содержания и реализации базовой и территориальной программ ОМС и др.

При подготовке комментария проанализированы нормативные правовые акты, составляющие систему законодательства об ОМС и принятые в их исполнение подзаконные нормативные акты, в том числе нормативно-методические документы, изданные Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, а также материалы судебной и арбитражной практики.

Комментарий рассчитан на широкой круг читателей: юристов, которые по роду своей деятельности сталкиваются с отношениями по обязательному медицинскому страхованию, студентов и преподавателей высших и средних учебных заведений юридического и экономического профиля, а также лиц, работающих в сфере обязательного медицинского страхования.

При подготовке настоящего издания использованы нормативные правовые акты по состоянию на **1 ноября 2020 г.**

Список сокращений

АПК РФ - Арбитражный процессуальный кодекс Российской Федерации от 24 июля 2002 г. N 95-ФЗ;

БК РФ - Бюджетный кодекс Российской Федерации от 31 июля 1998 г. N 145-ФЗ;

ГК РФ - Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая от 30 ноября 1994 г. N 51-ФЗ; часть вторая от 26 января 1996 г. N 14-ФЗ; часть третья от 26 ноября 2001 г. N 146-ФЗ; часть четвертая от 18 декабря 2006 г. N 230-ФЗ);

ГПК РФ - Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации от 14 ноября 2002 г. N 138-ФЗ;

Закон об ОМС 1991 г. - Закон РФ от 28 июня 1991 г. N 1499-1 "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации";

Закон РФ "Об организации страхового дела в РФ" - Закон РФ от 27 ноября 1992 г. N 4015-1 "Об организации страхового дела в Российской Федерации";

КоАП РФ - Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30 декабря 2001 г. N 195-ФЗ;

Конституция РФ - Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г.);

Методические указания по представлению информации в сфере ОМС - Методические указания по представлению информации в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденные Председателем Федерального фонда обязательного медицинского страхования 30 декабря 2011 г. и направленные для применения в работе письмом ФФОМС от 30 декабря 2011 г. N 9161/30-1/и;

МКБ-10 - Международная классификация болезней десятого пересмотра МКБ-10, принятая 43-й Всемирной Ассамблеей Здравоохранения и введенная в действие на территории России с 1999 г. Приказом Минздрава России от 27 мая 1997 г. N 170;

НК РФ - Налоговый кодекс Российской Федерации (часть первая от 31 июля 1998 г. N 146-ФЗ; часть вторая от 5 августа 2000 г. N 117-ФЗ);

ОМС - обязательное медицинское страхование;

Порядок ведения персонифицированного учета в сфере ОМС - Порядок ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденный Приказом Минздравсоцразвития РФ от 25 января 2011 г. N 29н;

Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС - Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный Приказом ФФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230;

Порядок регистрации и снятия с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан ТФОМС - Порядок регистрации и снятия с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан территориальными фондами обязательного медицинского страхования, утвержденный Приказом Минздравсоцразвития РФ от 23 декабря 2010 г. N 1168н;

Правила ОМС - Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные Приказом Минздрава России от 28 февраля 2019 г. N 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования";

СНИЛС - страховой номер индивидуального лицевого счета;

Типовое положение о ТФОМС - Типовое положение о территориальном фонде обязательного медицинского страхования, утвержденное Приказом Минздравсоцразвития России от 21 января 2011 г. N 15н;

ТК РФ - Трудовой кодекс Российской Федерации от 30 декабря 2001 г. N 197-ФЗ;

ТФОМС - Территориальный фонд обязательного медицинского страхования;

УК РФ - Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996 г. N 63-ФЗ;

Устав ФФОМС - Устав Фонда обязательного медицинского страхования, утвержденный Постановлением Правительства РФ от 29 июля 1998 г. N 857;

ФЗ "О беженцах" - Федеральный закон от 19 февраля 1993 г. N 4528-1 "О беженцах";

ФЗ "О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов" - Федеральный закон от 2 декабря 2019 г. N 382-ФЗ "О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов";

ФЗ "О государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей" - Федеральный закон от 8 августа 2001 г. N 129-ФЗ "О государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей";

ФЗ "О крестьянском (фермерском) хозяйстве" - Федеральный закон от 11 июня 2003 г. N 74-ФЗ "О крестьянском (фермерском) хозяйстве";

ФЗ "О некоммерческих организациях" - Федеральный закон от 12 января 1996 г. N 7-ФЗ "О некоммерческих организациях";

ФЗ "О персональных данных" - Федеральный закон от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных";

ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в РФ" - Федеральный закон от 25 июля 2002 г. N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации";

ФЗ "О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения" - Федеральный закон от 30 ноября 2011 г. N 354-ФЗ "О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения";

ФЗ "Об инновационном центре "Сколково" - Федеральный закон от 28 сентября 2010 г. N 244-ФЗ "Об инновационном центре "Сколково";

ФЗ "Об образовании в РФ" - Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации";

ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" - Федеральный закон от 24 июля 1998 г. N 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний";

ФЗ "Об основах обязательного социального страхования" - Федеральный закон от 16 июля 1999 г. N 165-ФЗ "Об основах обязательного социального страхования";

ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" - Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

ФФОМС - Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.

|  |  |
| --- | --- |
| 29 ноября 2010 года | N 326-ФЗ |

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН

ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ

В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(в ред. Федеральных законов от 14.06.2011 N 136-ФЗ,

от 30.11.2011 N 369-ФЗ, от 03.12.2011 N 379-ФЗ, от 28.07.2012 N 133-ФЗ,

от 01.12.2012 N 213-ФЗ, от 11.02.2013 N 5-ФЗ, от 02.07.2013 N 185-ФЗ,

от 23.07.2013 N 251-ФЗ, от 27.09.2013 N 253-ФЗ, от 25.11.2013 N 317-ФЗ,

от 28.12.2013 N 390-ФЗ, от 12.03.2014 N 33-ФЗ, от 10.07.2014 N 204-ФЗ,

от 21.07.2014 N 268-ФЗ, от 01.12.2014 N 418-ФЗ, от 14.12.2015 N 374-ФЗ,

от 30.12.2015 N 432-ФЗ, от 03.07.2016 N 250-ФЗ, от 03.07.2016 N 286-ФЗ,

от 28.12.2016 N 471-ФЗ, от 28.12.2016 N 472-ФЗ, от 28.12.2016 N 473-ФЗ,

от 28.12.2016 N 493-ФЗ, от 27.06.2018 N 164-ФЗ, от 29.07.2018 N 268-ФЗ,

от 27.11.2018 N 425-ФЗ, от 28.11.2018 N 437-ФЗ, от 06.02.2019 N 6-ФЗ,

от 26.07.2019 N 204-ФЗ, от 02.12.2019 N 399-ФЗ, от 28.01.2020 N 3-ФЗ,

от 01.04.2020 N 98-ФЗ, от 24.04.2020 N 147-ФЗ)

Глава 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Предмет регулирования настоящего Федерального закона

Комментарий к статье 1

1. Комментируемая статья указывает, что настоящий Федеральный закон регулирует **отношения, возникающие в связи с осуществлением обязательного медицинского страхования** (ОМС). Более в комментируемой норме ничего не говорится об отношениях: остальное содержание посвящено раскрытию того, что определяет и устанавливает настоящий Федеральный закон.

Представление о предмете правового регулирования или о предмете регулирования нормативного акта как об определенных отношениях является общепринятым. Именно в зависимости от тех отношений (их признаков), которые подлежат регулированию, и определяется соответствующая отрасль права, нормы которой регулируют такие отношения.

Буквальное толкование комментируемой статьи не позволяет определить характер отношений, возникающих в сфере ОМС, или выявить виды таких отношений.

2. Исходя из содержания иных статей комментируемого Закона отношения, возникающие в сфере ОМС, могут иметь характер, относящий их к сфере регулирования публичного права (см. [комментарий к ст. ст. 33](#Par2517), [34](#Par2603), [35](#Par2678), [36](#Par2774)) или частного права (см. [комментарий к ст. ст. 38](#Par2923), [39](#Par3089)).

Статья 9 комментируемого Закона определяет, что он регулирует две группы отношений: 1) отношения **по ОМС** и 2) отношения, **связанные с ОМС**.

Таким образом, с одной стороны, следует констатировать, что отношения, регулируемые комментируемым Законом, являются неоднородными. С другой стороны, предлагаемая в настоящей статье формулировка предмета регулирования комментируемого Закона в виде "отношений, возникающих в связи с осуществлением медицинского страхования" не может признаваться корректной из-за своей неопределенности и противоречивости. При этом основные вопросы, которые здесь возникают, связаны с тем, есть ли в ОМС (несмотря на название) страхование и возникают ли в ОМС собственно страховые отношения. Ответить на поставленные вопросы весьма непросто.

2.1. Легальное определение страхования содержится в п. 1 ст. 2 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ": **страхование** - отношения по защите интересов физических и юридических лиц, Российской Федерации, субъектов РФ и муниципальных образований при наступлении определенных страховых случаев за счет денежных фондов, формируемых страховщиками из уплаченных страховых премий (страховых взносов), а также за счет иных средств страховщиков.

В п. 2 этой же статьи Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ" приводится определение страховой деятельности: **страховая деятельность** (страховое дело) - сфера деятельности страховщиков по страхованию, перестрахованию, взаимному страхованию, а также страховых брокеров по оказанию услуг, связанных со страхованием, с перестрахованием.

Количество же авторских определений страхования и страхового дела, в том числе связанных с научным исследованием процитированных легальных определений, очень велико. Практически каждый ученый, занимавшийся проблемой того, чем следует считать страхование, предлагал свое определение. Многообразие определений страхования отчасти связано также с тем, что разные авторы выделяют разные признаки, составляющие, по их мнению, сущность страхования. Значительное число определений страхования свидетельствует о сложности данного явления.

Так, **страхование** понимают как:

1) **способ:** "Страхование - это способ возмещения убытков, которые потерпело физическое или юридическое лицо, посредством их распределения между многими лицами (страховой совокупностью)" <1>;

2) **форму:** "Страхование может быть определено как форма организации централизованного (в том или ином масштабе) страхового фонда за счет децентрализованных источников из взносов, делаемых в этот фонд его участниками" <2>;

3) **метод:** "Страхование является одним из методов создания централизованного страхового фонда для возмещения за счет страховых взносов потерь в народном хозяйстве от стихийных бедствий и несчастных случаев, а также для выплат соответствующих сумм в связи с наступлением определенных событий, связанных с жизнью и трудоспособностью застрахованных лиц" <3>;

4) **регулятор:** "Страхование - официальный социальный механизм, предназначенный для сокращения риска путем передачи рисков нескольких индивидуальных субъектов права страховщику на основе договора между ними" <4>;

5) **совокупность мероприятий:** "Страхование - это вид хозяйственной деятельности на основе солидарности и возмездности, имеющий своей целью покрытие будущей нужды или потребности, вызываемой наступлением случайного и вместе с тем статистически уловимого события" <5>;

6) **экономические отношения**. Такой подход является господствующим. Страхование понимается как система экономических отношений, включающая совокупность форм и методов формирования целевых фондов денежных средств и их использование на возмещение ущерба при различных непредвиденных неблагоприятных явлениях (рисках), а также на оказание помощи гражданам при наступлении определенных событий в их жизни <6>.

--------------------------------

<1> Шахов В.В. Страхование: учебник для вузов. М.: ЮНИТИ, 2003. С. 14.

<2> Райхер В.К. Общественно-исторические типы страхования. М.; Л.: Академия наук СССР, 1947. С. 16, 19.

<3> Коньшин Ф.В. Государственное страхование в СССР. М.: Госфиниздат, 1949. С. 12.

<4> Страхование и управление риском: Терминологический словарь. М.: Наука, 2000.

<5> Советский экономический словарь. М., 1990. С. 291.

<6> См.: Шахов В.В. Страхование. Учебник. М.: ЮНИТИ, 1999. С. 16.

В связи с этим многообразием подходов к определению страхования ставится ряд вопросов, раскрывающих существо понятия ОМС.

2.1.1. В первую очередь возникает проблема **соотношения страхования и страхового дела**. Существует три основных подхода к определению такового:

1) страхование является частью страхового дела как сферы деятельности страховщиков;

2) страховое дело является частью страхования, поскольку страховщики не единственные участники страхования;

3) страхование и страховое дело - самостоятельные понятия и пересекаются только в части взаимодействия страхователей и страховщиков.

Вероятнее всего, именно последняя точка зрения является верной, тем более применительно к ОМС, поскольку имеется специфика в правовом положении страховщиков (здесь сознательно указывается множественное число, см. [комментарий к ст. ст. 12](#Par1130) и [13](#Par1154)), страховых медицинских организаций, взаимоотношениях страхователей, застрахованного лица и страховщика, а также взаимоотношениях указанных лиц и органа страхового надзора.

2.1.2. Следующая проблема - это определение **места ОМС**, если считать его страхованием, **в системе страхования России**.

В литературе отмечено, что до сих пор не существует единой классификации страхования <7>. В то же время в любой классификации присутствует деление хотя бы на две отрасли: на имущественное страхование и страхование личное. В своей работе "Страхование" В.И. Серебровский подразделял страхование по роду страхуемых опасностей на "две основные группы": на имущественное и личное <8>. К.А. Граве и В.А. Лунц писали, что "государственное страхование делится на две отрасли - на страхование имущественное и на страхование личное" <9>. О трех отраслях страхования (имущественном, личном, страховании ответственности) пишут авторы учебников "Страховое дело" <10>, "Страхование" <11> и "Страховое право" <12>.

--------------------------------

<7> См.: Страховое дело: учеб. пособие / М.А. Зайцева, Л.Н. Литвинова, А.В. Урупин и др.; под общ. ред. М.А. Зайцевой, Л.Н. Литвиновой. Мн., 2001. С. 16.

<8> См.: Серебровский В.И. Избранные труды. М.: Статут, 1997. С. 485.

<9> Работа указанных ученых была опубликована в 1960 г., когда в СССР существовало только государственное страхование. Граве К.А., Лунц Л.А. Страхование. М., 1960. С. 7.

<10> См.: Страховое дело: учеб. пособие / М.А. Зайцева, Л.Н. Литвинова, А.В. Урупин и др.; под общ. ред. М.А. Зайцевой, Л.Н. Литвиновой. Мн.: БГЭУ, 2001. С. 16.

<11> См.: Балабанов И.Т., Балабанов А.И. Страхование. СПб., 2001. С. 50.

<12> См.: Страховое право: учебник для вузов / под ред. проф. В.В. Шахова, В.Н. Григорьева, С.Л. Ефимова. М., 2002. С. 36.

Медицинское страхование рассматривается в качестве **подотрасли (вида) личного страхования.** Этому есть прямое подтверждение в законодательстве.

**Во-первых,** в п. 3 ст. 4 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ" говорится, что объектами медицинского страхования могут быть имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их (медицинское страхование).

**Во-вторых,** в п. 7 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ" прямо сказано, что объекты, указанные в п. п. 1 - 3 ст. 4 указанного Закона, относятся к личному страхованию.

Теоретическое объяснение этому следующее: в теории гражданского права объекты имущественных отношений и объекты неимущественных отношений различаются. В качестве объектов имущественных отношений "могут выступать вещи и комплексы вещей, деньги, ценные бумаги, иное имущество, в том числе имущественные права, работа, ее результаты, услуги" <13>. Объектами неимущественных отношений являются блага и свободы участников гражданского общества: естественное право на жизнь, здоровье, неприкосновенность личности, имя, честь, достоинство и т.п. Однако при этом в соответствии с п. п. 1 - 3 ст. 4 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ" и ст. 934 ГК РФ не все объекты неимущественных отношений могут быть "обеспечены" <14> страховой защитой: 1) в качестве объектов страховой защиты в личном страховании выступают лишь объекты неимущественных отношений, связанные исключительно с физическими лицами; 2) этими объектами неимущественных отношений являются лишь такие блага, как жизнь или здоровье.

--------------------------------

<13> Гражданское право: учебник. Ч. 1 / под общ. ред. проф. Т.И. Илларионовой, Б.М. Гонгало, В.А. Плетнева. М., 1998. С. 5.

<14> Речь не идет об обеспечении обязательств.

Вместе с тем в литературе высказывается критическая точка зрения в отношении включения ОМС в личное страхование, поскольку ОМС относится к социальному страхованию, а последнее, как отмечал А.И. Худяков, "предназначено для обеспечения социальной защиты населения" <15>. Таким образом, А.И. Худяков отождествлял социальное (государственное социальное) страхование и государственное социальное обеспечение.

--------------------------------

<15> Худяков А.И. Теория страхования. М.: Статут, 2010. С. 12.

Данный вывод поддерживается не всеми учеными <16>, однако при этом социальное страхование (и ОМС в том числе) отделяется от личного страхования <17>.

--------------------------------

<16> См.: Страхование: учебник / под ред. Т.А. Федоровой. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Экономистъ, 2003. С. 86 - 88.

<17> См.: Страхование: учебник / под ред. Т.А. Федоровой. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Экономистъ, 2003. С. 86 - 88.

На основании изложенного можно с уверенностью говорить о неоднозначном отношении различных ученых к включению ОМС (как социального страхования) в личное страхование. При этом все же правильно включать ОМС как одно из разновидностей социального страхования в личное страхование.

2.1.3. При изучении страховых отношений важен вопрос об **объекте таких отношений** (объекте страхования).

Под понятием **"объект страхования"** в настоящий момент большинством ученых (и экономистов, и юристов) понимается имущественный интерес <18> (как специальная категория страхования). Иногда его отождествляют с понятием "объект страховой защиты" (предмет страховой защиты или также предмет страховой охраны). Данные понятия не являются синонимами. Под понятием "объект страховой защиты" понимаются лишь явления объективной реальности: например, вещь или иное имущество, жизнь или здоровье.

--------------------------------

<18> Имущественный интерес в страховании допустимо называть страховым интересом.

Здесь будет уместным уточнить использование понятий "страховая защита" и "страховая охрана". Страховая охрана является более широким понятием, нежели страховая защита <19>. При этом страховая защита понимается как "обеспеченная юридическим обязательством потенциальная готовность страховщика предоставить страхователю (застрахованному или иному лицу - выгодоприобретателю) при наступлении страхового случая материальное обеспечение в форме страховых и иных предусмотренных страхованием выплат, что придает этому лицу чувство защищенности и уверенности в своем будущем" <20>.

--------------------------------

<19> См.: Белых В.С., Кривошеев И.В. Страховое право. М., 2001. С. 15.

<20> Худяков А.И. Страховое право. СПб.: Юридический центр Пресс, 2004. С. 38.

Таким образом, возможно рассматривать понятие "объект страховой защиты" в имущественном и личном страховании как синоним понятия "объект имущественных отношений" и "объект неимущественных отношений" соответственно. При этом под **имущественными отношениями** понимаются отношения, которые в содержании и объектах выражают материальные блага, ценности, которые в соответствии с этим могут иметь денежную оценку <21>.

--------------------------------

<21> См.: Гражданское право: учеб. / под общ. ред. С.С. Алексеева. М., 2006. С. 14.

Объектом страховых отношений (как имущественных отношений <22>) и в законодательстве (ст. 4 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ"), и в теории <23> признается **имущественный интерес (страховой интерес)**. Страховой интерес, впрочем, как и объект страховой защиты, всегда <24> присутствует в страховом отношении. Он связан с объектом страховой защиты, но не идентичен ему. Страховой интерес обладает рядом специфических признаков и свойств. В частности, его возникновение и существование зависит от личности страхователя (а в некоторых случаях и выгодоприобретателя или застрахованного лица), возможности наступления определенных событий, а также от того, что наступление указанных событий может причинить вред заинтересованному лицу <25>. В силу этого можно говорить о самостоятельности каждой из рассматриваемых категорий.

--------------------------------

<22> См.: Смысл любого страхового отношения в производстве страховой выплаты (страхового возмещения), что, безусловно, относит страховые отношения к имущественным отношениям.

<23> См.: Серебровский В.И. Избранные труды. М.: Статут, 1997. С. 372 - 374; Белых В.С., Кривошеев И.В. Страховое право. М., 2001. С. 74 - 85; Фогельсон Ю.Б. Основные понятия страхового права // Государство и право. 2001. N 8. С. 18 - 21; Он же. Комментарий к страховому законодательству. М., 2000. С. 21 - 24; Брагинский М.И. Договор страхования. М.: Статут, 2000. С. 60. Следует отметить, что Ю.Б. Фогельсон признает имущественный интерес в качестве объекта страхования лишь в имущественном страховании, считая, что в личном страховании объектом является неимущественный интерес (см.: Фогельсон Ю.Б. Договор страхования в российском гражданском праве: дис. ... д-ра юрид. наук. М., 2005. С. 157).

<24> Другая позиция повлекла бы за собой признание существования безобъектных страховых отношений.

<25> См. также: Фогельсон Ю.Б. Основные понятия страхового права // Государство и право. 2001. N 8. С. 18.

2.2. Определим далее отношения, которые относятся к страхованию, и какие отношения по ОМС являются страховыми.

2.2.1. Страхование включает в себя множество различных отношений: отношения по предоставлению страховой защиты страховщиком страхователю, отношения между страховщиком и страховым брокером по исполнению договора страхования, отношения по обеспечению финансовой устойчивости страховых организаций, отношения по лицензированию страховщиков, отношения по страховому надзору, иные отношения, складывающиеся между участниками страхования и (или) субъектами страхового дела. Как правило, все это многообразие отношений принципиально делится на две группы: отношения по предоставлению страховой защиты страхователю и все иные отношения.

Следовательно, страхование в зависимости от тех отношений в сфере страхования, которые непосредственно рассматриваются, может пониматься либо в **узком** (только отношения между страховщиком и страхователем по защите интересов последнего или застрахованных лиц - именно его называют "страхованием"), либо в **широком смысле** (когда речь идет об отношениях в сфере страхования в целом). Деление же страхования на отрасли (имущественное и личное страхование) возможно лишь тогда, когда речь идет о страховании в узком смысле слова (собственно страховании). Такой вывод очевиден, поскольку деление на отрасли страхования основывается на различии объектов страховой охраны, которые присутствуют исключительно в так называемых "собственно страховых отношениях". Тем не менее эти страховые отношения по своему объекту (страховому интересу) являются едиными страховыми отношениями: отношениями по имущественному страхованию и отношениями по личному страхованию, иными словами, это два вида однородных отношений.

2.2.2. В ОМС можно выделить следующие группы отношений:

1) отношения страхователей и ФНС России как администратора страховых взносов на медицинское страхование;

2) отношения между ФНС России с одной стороны и ФФОМС и ТФОМС с другой стороны;

3) отношения между ФФОМС и ТФОМС;

4) отношения между ТФОМС и страховыми медицинскими организациями;

5) отношения между страховыми медицинскими организациями и органом страхового надзора (Центральным банком РФ);

6) отношения между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями;

7) отношения между медицинскими организациями и застрахованными лицами;

8) отношения между застрахованными лицами и страховыми медицинскими организациями.

Как видно из представленного перечня отношений, **в ОМС нет непосредственных отношений между страхователем и страховщиком**. В настоящее время это связано с тем, что ФНС России с 2017 г. является администратором страховых взносов на медицинское страхование. Однако и ранее эти отношения было трудно выявить, поскольку **у страхователей отсутствовал страховой интерес в страховании**. Отсутствует страховой интерес у страхователей в ОМС и в настоящее время. Это является одной из первых особенностей отношений в ОМС.

В то же время страховой интерес присутствует у застрахованных лиц, которые в сфере ОМС являются также выгодоприобретателями (см. [комментарий к ст. ст. 10](#Par897), [37](#Par2906)). Именно он страхуется в ОМС.

2.2.3. Ранее указывалось, что страховыми отношениями, как правило, называются отношения по собственно страхованию, то есть отношения по предоставлению страховой защиты. Чтобы определить, в чем заключается страховая защита, необходимо установить, что является объектом страховой защиты в ОМС.

**Объект страховой защиты** - это конкретные материальные ценности: вещи, иное имущество <26>, которые необходимо защитить посредством страхования. В медицинском страховании (ОМС не является исключением) конкретные материальные ценности, которые страхуются, - это расходы на оказание медицинской помощи.

--------------------------------

<26> См.: Белых В.С., Кривошеев И.В., Митричев И.А. Страховое право России: учеб. пособие / отв. ред. В.С. Белых. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Норма, 2009. С. 127 и след.; Государственное страхование в СССР: учебник / под ред. Л.И. Рейтмана. М., 1989. С. 39.

В силу указания п. 3 ст. 4 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ" объектами личного страхования могут быть имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

Таким образом, **объект страховой защиты в ОМС - это оплата медицинской помощи застрахованным лицам.**

Страховая защита в ОМС заключается в предоставлении гарантий со стороны ФФОМС, ТФОМС и страховых медицинских организаций оплатить за застрахованных лиц медицинскую помощь в случае необходимости.

Следовательно, страховыми отношениями по ОМС являются отношения по предоставлению страховой защиты застрахованным лицам со стороны страховщика и лиц, осуществляющих функции страховщика. Несмотря на то что такие отношения не оформлены договором страхования, они, во-первых, основаны на законе, а, во-вторых, в подтверждение наличия таких отношений застрахованным лицам выдается полис ОМС (см. [комментарий к ст. ст. 45](#Par3853) и [46](#Par3939)).

2.3. С правовой точки зрения **страховые отношения - это всегда правоотношения**. При этом не важно, в широком смысле или в узком смысле слова понимаются страховые отношения. В то же время аналогично пониманию собственно страховых отношений страховыми правоотношениями называют, как правило, страховые правоотношения между страхователем и страховщиком по предоставлению страховой защиты.

Поскольку такие страховые отношения являются имущественными отношениями, то в соответствии с п. 1 ст. 2 ГК РФ страховые правоотношения часто рассматриваются в качестве гражданско-правовых.

Проблема здесь заключается в том, можно ли в принципе считать правоотношения по обязательному страхованию гражданско-правовыми отношениями. В литературе нет единства относительно природы правоотношений по обязательному страхованию (и в том числе по обязательному государственному страхованию). В частности, некоторые ученые считают все подобные правоотношения финансовыми, другие <27> относят к финансовым только правоотношения по обязательному государственному страхованию, третьи считают их гражданскими правоотношениями <28>. На наш взгляд, правоотношения по обязательному страхованию являются гражданскими правоотношениями. Данный вывод основывается, в частности, на том, что объект правоотношений по обязательному страхованию - страховой интерес - является объектом именно гражданских правоотношений. Объектами же финансовых правоотношений являются денежные средства - это и денежные платежи в доход государства, и государственные расходы, и т.п. <29>. Вместе с тем мы считаем необходимым присоединиться к позиции М.И. Брагинского, отметившего, что по поводу обязательного страхования неизбежно возникают правовые отношения различной (и частноправовой, и публично-правовой) принадлежности <30>.

--------------------------------

<27> Например, см.: Фогельсон Ю.Б. Комментарий к страховому законодательству. М., 2000. С. 234.

<28> Худяков А.И. Страховое право. СПб.: Юридический центр Пресс, 2004. С. 202, 204.

<29> См.: Финансовое право: учебник / отв. ред. Е.Ю. Грачева, Г.П. Толстопятенко. М., 2004. С. 33.

<30> См.: Брагинский М.И. Договор страхования. М.: Статут, 2000. С. 133 - 136. Противоположную точку зрения высказала в своей работе М.Д. Суворова: Обязательное страхование относится всецело к области частного права, так как если какой-либо правовой институт основан на принципах частного права и входит в его систему, то он не может относиться к публично-правовой сфере" (см.: Суворова М.Д. О частноправовом характере института страхования // Правоведение. 1997. N 4. С. 135).

Приведенная классификация страховых правоотношений не является единственной. Например, о делении страховых правоотношений на публичные и частные (гражданско-правовые) говорят В.С. Белых и И.В. Кривошеев. При этом они отмечают (и с этим следует согласиться), что "страховое правоотношение" <31> и "страховое обязательство" используются, как правило, в качестве равнозначных понятий <32>. Три вида правовых страховых отношений - материальные, вспомогательные, организационные - различает А.И. Худяков <33>.

--------------------------------

<31> Имеется в виду гражданско-правовое страховое правоотношение.

<32> См.: Белых В.С., Кривошеев И.В., Митричев И.А. Страховое право России: учеб. пособие / отв. ред. В.С. Белых. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Норма, 2009. С. 22.

<33> См.: Худяков А.И. Страховое право. СПб.: Юридический центр Пресс, 2004. С. 233.

Что же касается правоотношений по ОМС (разновидности обязательных правоотношений по страхованию), то их отнесение к гражданско-правовым весьма спорно (см. [комментарий к ст. 2](#Par276)). При этом нельзя их считать и финансовыми правоотношениями по основаниям, указанным выше.

3. Общий характер отношений, регулируемых комментируемым Законом, следует понимать в первую очередь через нормы ГК РФ и Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ".

3.1. В ст. 927 ГК РФ и в ст. 3 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ" дается понятие **обязательного страхования**. Согласно п. 2 ст. 927 ГК РФ обязательное страхование имеется, когда законом на указанных в нем лиц возлагается обязанность страховать в качестве страхователей жизнь, здоровье или имущество других лиц либо свою гражданскую ответственность перед другими лицами за свой счет или за счет заинтересованных лиц. В п. 2 ст. 3 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ" лишь говорится, что страхование осуществляется в форме добровольного и обязательного страхования. Путем толкования от противного нормы, содержащейся в п. 3 ст. 3 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ", можно определить, что обязательное страхование не осуществляется на основании договора и правил страхования. Однако такое толкование не будет соответствовать действительности: существует много видов обязательного страхования, в которых такое страхование осуществляется на основании и договора страхования, и правил страхования. Важно отметить, что ОМС не входит в их число, поскольку согласно комментируемому Закону договор ОМС между страховщиком и страхователем не заключается.

Поэтому можно говорить, что комментируемый Закон является исключением из п. 4 ст. 3 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ", в котором сказано, что федеральный закон о конкретном виде страхования должен содержать в том числе положение, определяющее срок действий договора страхования. Поскольку не предусмотрено заключение договора ОМС, то в комментируемом Законе отсутствует и положение, определяющее срок действия договора ОМС.

3.2. Отношения, возникающие в связи с осуществлением ОМС, очевидно, являются разновидностью **отношений по охране здоровья**.

3.3. Комментируемый Закон содержит в ст. 3 легальное определение **обязательного медицинского страхования**, которое необходимо применять при регулировании отношений в ОМС.

3.4. Лимит ответственности страховщика в ОМС отсутствует, что позволяет считать ОМС разновидностью **неагрегатного страхования**, поскольку размер страхового обеспечения не зависит от численности страховых случаев, их частоты и степени тяжести.

4. В комментируемой статье содержится указание на то, что настоящим Федеральным законом определяется **правовое положение субъектов и участников ОМС**. Кроме того, указано, что в нем устанавливаются основания возникновения прав и обязанностей участников субъектов ОМС, гарантии их реализации. Как видно, комментируемый Закон регулирует как частноправовые, так и публично-правовые отношения.

**Правовое положение или правовой статус** - это совокупность прав и обязанностей, предусмотренных для определенного субъекта правовыми нормами. Правовое положение определяется:

- для застрахованных лиц - ст. ст. 10 и 16 настоящего Федерального закона (см. [комментарий к ст. ст. 10](#Par897) и [16](#Par1436));

- для страхователей - ст. ст. 11 и 17 настоящего Федерального закона (см. [комментарий к ст. ст. 11](#Par1008) и [17](#Par1571));

- для страховщика - ст. ст. 12 и 33 настоящего Федерального закона (см. [комментарий к ст. ст. 12](#Par1130) и [33](#Par2517));

- для ТФОМС - ст. ст. 13 и 34 настоящего Федерального закона (см. [комментарий к ст. ст. 13](#Par1154) и [34](#Par2603));

- для страховых медицинских организаций - ст. ст. 14, 19, 38, 39 настоящего Федерального закона (см. [комментарий к ст. ст. 14](#Par1186), [19](#Par1722), [38](#Par2923), [39](#Par3089));

- для медицинских организаций - ст. ст. 15, 20 и 39 настоящего Федерального закона (см. [комментарий к ст. ст. 15](#Par1374), [20](#Par1751) и [39](#Par3089)).

Примечательно, что такой важный субъект отношений, как ФНС, являющаяся администратором страховых взносов на медицинское страхование, в ст. 1 комментируемого Закона не упоминается (хотя ее роль в отношениях по ОМС с 2017 г. нельзя переоценить).

5. Также в комментируемой статье говорится, что настоящий Федеральный закон регулирует отношения и ответственность, связанные **с уплатой страховых взносов на ОМС неработающего населения**.

Данным вопросам посвящены статьи главы 5 комментируемого Закона, устанавливающей порядок финансового обеспечения ОМС (см. [комментарий к ст. ст. 23](#Par1965), [24](#Par1989), [25](#Par2019)).

6. Отношения между субъектами ОМС и участниками ОМС могут быть договорными или основываться только на законе.

К **договорным** отношениям следует относить отношения между ТФОМС и страховыми медицинскими организациями, а также между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями.

Отношения же между страхователями и ФФОМС, между ТФОМС и ФФОМС, между страхователями и ФНС, отношения между ТФОМС и медицинской организацией регулируются **непосредственно законом**. Однако обязательным условием возникновения последних отношений из перечисленных является наличие договора между медицинской организацией и страховой медицинской организацией на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

Статья 2. Правовые основы обязательного медицинского страхования

Комментарий к статье 2

1. Комментируемая статья раскрывает правовые основы ОМС и дает понятие законодательства об ОМС. При этом в ней четко проводится разграничение между законодательством об ОМС и иными правовыми основами ОМС.

Согласно теории права законодательство понимается в широком или узком смысле слова. В широком смысле слова под **законодательством** понимается совокупность законов и иных нормативных актов. В узком смысле **законодательство** - это только совокупность законов. При этом упоминание законодательства в узком смысле в тексте нормативных актов - достаточно редкое явление. В соответствии с ч. 1 комментируемой статьи в законодательство об ОМС включаются только законы, то есть законодательство об ОМС понимается комментируемым Законом в узком смысле слова.

Законодательство об ОМС находится в **совместном ведении** Российской Федерации и субъектов РФ. Это вытекает из положения п. "ж" ч. 1 ст. 72 Конституции РФ, в соответствии с которым в совместном ведении Российской Федерации и субъектов РФ находятся координация вопросов здравоохранения; защита семьи, материнства, отцовства и детства; социальная защита, включая социальное обеспечение.

2. Часть 1 комментируемой статьи фактически состоит из двух взаимосвязанных, но независимых частей. В первой из них речь идет о законодательстве об ОМС, во второй - об иных правовых актах, которые, как уже говорилось, в законодательство об ОМС не входят.

2.1. Часть 1 комментируемой статьи указывает, что **законодательство об ОМС** основывается на Конституции РФ. Данная формулировка означает, что непосредственно в Конституции РФ нет норм, которые бы регулировали ОМС, в то же время основы (другими словами, правовые условия) для положений, которые бы регулировали ОМС, в ней имеются.

**Во-первых,** это ст. 7 Конституции РФ, согласно которой Россия является социальным государством, политика которого должна быть направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека, а также охрану жизни и здоровья человека.

**Во-вторых,** это ст. 41 Конституции РФ, в соответствии с которой каждый (человек) имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь, причем медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. Государство обязано финансировать программы охраны и укрепления здоровья.

Из данных норм Конституции РФ следует обязанность Российской Федерации создать условия охраны жизни и здоровья человека, а медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения должна оказываться гражданам бесплатно за счет средств соответствующих бюджетов, страховых взносов. Отсюда можно сделать и более конкретный вывод о том, что в Конституции РФ заложены предпосылки для выбора одной из форм оказания бесплатной медицинской помощи: или через бюджет государства (когда часть от налоговых поступлений всех граждан или их части направляется на оплату медицинской помощи), или через обязательную форму медицинского страхования (когда страхователями уплачиваются страховые премии в специализированные фонды).

2.2. В ч. 1 комментируемой статьи законодательство об ОМС разделено на два уровня, которые условно можно назвать высшим и низшим.

2.2.1. К **высшему уровню** относятся (в порядке юридической силы и специализации норм):

1) ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ";

2) ФЗ "Об основах обязательного социального страхования";

3) комментируемый Закон.

К **низшему уровню** относятся иные федеральные законы и законы субъектов РФ.

**ФЗ** **"Об основах охраны здоровья граждан в РФ"** согласно ч. 1 комментируемой статьи является нормативным актом высшей юридической силы в законодательстве об ОМС.

Высшая юридическая сила ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" применительно к законодательству об ОМС связана с положениями ст. 1 указанного Закона, в которых определено, что в сферу охраны здоровья, в частности, входят правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан; права и обязанности человека и гражданина, отдельных групп населения в сфере охраны здоровья, гарантии реализации этих прав; полномочия и ответственность органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов РФ и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья; права и обязанности медицинских организаций, иных организаций, индивидуальных предпринимателей при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья.

Кроме того, в п. 2 ст. 2 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" дается определение **охраны здоровья граждан** как системы мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов РФ, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи. Очевидно, что ОМС входит в охрану здоровья граждан, в том числе исходя из определения ОМС, приведенного в п. 1 ст. 3 комментируемого Закона.

Также более низкая юридическая сила комментируемого Закона выражается в дублировании и развитии в его ст. 4 основных принципов охраны здоровья, которые приведены в ст. 4 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ".

**ФЗ** **"Об основах обязательного социального страхования"** обладает большей юридической силой перед комментируемым Законом, поскольку ОМС является разновидностью социального страхования (см. [комментарий к статье 1](#Par140)). ФЗ "Об основах обязательного социального страхования" также устанавливает специфику для обязательного социального страхования, что и позволяет считать социальное страхование (в том числе и ОМС) особым (специальным) видом личного страхования.

Согласно абз. 2 ст. 1 ФЗ "Об основах обязательного социального страхования" **обязательное социальное страхование** - часть государственной системы социальной защиты населения, спецификой которой является осуществляемое в соответствии с федеральным законом страхование работающих граждан от возможного изменения материального и (или) социального положения, в том числе по независящим от них обстоятельствам. Следовательно, ОМС, безусловно, является частью этого страхования (см. [комментарий к ст. 3](#Par318)).

2.2.2. Низший уровень законодательства об ОМС состоит из двух подуровней: федерального, в который включены федеральные законы, не упомянутые в комментируемой статье, а также подуровня законов субъектов РФ.

К **федеральным законам**, включаемым в законодательство об ОМС, следует относить следующие группы нормативных актов:

1) кодифицированные законы:

- БК РФ;

- ГК РФ;

2) законы, связанные с установлением и исполнением бюджета ФФОМС:

- о бюджете ФФОМС на соответствующий год (например, ФЗ "О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов";

- законы, вносящие изменения в бюджет ФФОМС;

- законы об исполнении бюджета ФФОМС на соответствующий год (например, Федеральный закон от 16 октября 2019 г. N 334-ФЗ "Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2018 год");

3) законы, которые вносят изменения в комментируемый Закон (например, Федеральный закон от 10 июля 2014 г. N 204-ФЗ "О внесении изменений в статью 50 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации");

4) законы, касающиеся страхования и страхового дела в целом, например Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ".

**Законы субъектов РФ** по вопросам ОМС весьма многочисленны, что обусловливается в том числе количеством субъектов РФ - 85. К законам субъектов РФ, входящим в законодательство об ОМС, относятся законы:

1) посвященные установлению государственных гарантий в рамках территориальной программы ОМС (например, Закон Санкт-Петербурга от 19 декабря 2019 г. N 682-150 "О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов");

2) посвященные бюджетам территориальных фондов ОМС:

- установлению бюджетов (например, Закон Свердловской области от 12 декабря 2019 г. N 121-ОЗ "О бюджете государственного внебюджетного Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов");

- вносящие изменения в бюджет территориального фонда ОМС;

- об исполнении бюджета территориального фонда ОМС на соответствующий год.

2.3. Исходя из ч. 1 комментируемой статьи можно сделать следующие выводы:

1) законодательство об ОМС одновременно является частью законодательства об охране здоровья и законодательства о социальном страховании. При этом существующие в настоящее время подходы к определению законодательства о социальном страховании не объединяют эту отрасль и законодательство об охране здоровья между собой;

2) в предыдущем Законе об ОМС 1991 г. вопрос о системе страхового медицинского законодательства вообще не ставился. Таким образом, в комментируемом Законе впервые была предпринята попытка выстроить иерархическую систему норм, регулирующих ОМС.

Также нужно указать, что законодатель отметил необходимость регулирования отношений по ОМС нормами законов по охране здоровья и о социальном страховании. Это, в свою очередь, подчеркивает самостоятельный характер законодательства об ОМС, несмотря на то что исходя из нормы ч. 1 ст. 2 комментируемого Закона ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" и ФЗ "Об основах обязательного социального страхования" обладают большей юридической силой, чем комментируемый Закон;

3) отношения по ОМС **не являются гражданско-правовыми отношениями "в чистом виде"**, поэтому в перечне законов об обязательном медицинском страховании не поименован ГК РФ. Это означает, что ГК РФ не включен в высший уровень законодательства об ОМС (хотя он, безусловно, входит в число "других федеральных законов", указанных в ч. 1 комментируемой статьи, но как регулятор скорее предпринимательского права, нежели гражданского). Этот вывод подтверждается и тем, что законодательство об ОМС находится в ведении Российской Федерации и субъектов РФ, а гражданское законодательство находится лишь в федеральном ведении (п. "о" ст. 71 Конституции РФ, п. 1 ст. 3 ГК РФ).

**Данное обстоятельство не позволяет относить все правоотношения по ОМС к гражданско-правовым.** Однако судами при рассмотрении споров по исполнению договоров в сфере ОМС (ст. ст. 37 - 39 комментируемого Закона) неоднократно делаются отсылки к положениям ГК РФ, поскольку отношения между ТФОМС и страховой медицинской организацией, а также последней и медицинской организацией являются обязательственными и имущественными, то есть должны регулироваться гражданским правом (см. Постановление Арбитражного суда Восточно-Сибирского округа от 5 апреля 2017 г. N Ф02-514/2017 по делу N А78-6381/2016, Постановление Арбитражного суда Уральского округа от 29 ноября 2016 г. N Ф09-10405/16 по делу N А60-63256/2015).

Согласно популярной среди ученых и практиков точке зрения отношения по социальному страхованию являются частью тех отношений по страхованию, которые устанавливает ГК РФ, а поэтому делается вывод, что по своему существу - это гражданско-правовые отношения (см. [комментарий к ст. 1](#Par194)). В частности, такой вывод можно сделать из п. 1 ст. 935 ГК РФ, в котором установлено, что законом на указанных в нем лиц может быть возложена обязанность страховать. Также обычно в качестве примеров таких законов приводят ФЗ "Об основах обязательного социального страхования" и комментируемый Закон.

В то же время согласно п. 1 ст. 927 ГК РФ страхование в Российской Федерации осуществляется посредством заключения договоров имущественного или личного страхования. При этом договор личного страхования является публичным договором, следовательно, к нему применяются правила ст. 426 ГК РФ.

Как видно из положений ГК РФ, страхование может быть или имущественного, или личного характера, все зависит от тех страховых рисков (объектов страховой защиты), страхование которых осуществляется. Однако в обязательном социальном страховании (ОМС не является исключением) заключение договоров не предусматривается.

М.И. Брагинский, говоря об обязательном страховании, отмечал, что по поводу обязательного страхования складываются правовые отношения различной отраслевой принадлежности. Часть из них можно отнести к гражданско-правовым, однако другая часть находится вне воздействия норм гражданского права. В частности, речь идет о п. 3 ст. 937 ГК РФ, в котором предусматривается, что суммы, неосновательно сбереженные лицом, на которое возложена обязанность страхования, благодаря тому, что оно не выполнило эту обязанность либо выполнило ее ненадлежащим образом, взыскиваются по иску органов государственного страхового надзора в доход Российской Федерации с начислением на эти суммы процентов в соответствии со ст. 395 ГК РФ. На основании этой нормы М.И. Брагинский сделал вывод, "что вместе с частноправовыми из Закона об обязательном страховании возникают публично-правовые отношения, в которых выступает государство, реализующее свои властные функции" <34>.

--------------------------------

<34> Брагинский М.И. Договор страхования. М.: Статут, 2000. С. 133 - 136.

В то же время существует и весьма отличная от приведенных выше позиция. Согласно позиции А.И. Худякова, высказанной им в своей последней работе, социальное страхование называется страхованием ошибочно. По сути, как полагал ученый, это в чистом виде публичное право (право социального обеспечения), которое не имеет никакого отношения к коммерческому страхованию, регулируемому гл. 48 ГК РФ <35>.

--------------------------------

<35> См.: Худяков А.И. Теория страхования. М.: Статут, 2010.

Комментируемый Закон, по сути, воспроизводит данную точку зрения на ОМС, разделяя добровольное (отношения по нему регулируются гл. 48 ГК РФ и Законом РФ "Об организации страхового дела в РФ") и обязательное (относительно самостоятельная система законодательства) медицинское страхование. В этой части настоящий Федеральный закон следует считать прогрессивным.

В то же время нельзя только на этом основании не считать ОМС страхованием, как это делал А.И. Худяков. Застрахованные лица в ОМС имеют свой страховой интерес, заключающийся в том, чтобы не платить за оказанную медицинскую помощь. Этот их интерес является частным. То, что на основании ст. 7 Конституции РФ частный интерес каждого из застрахованных обеспечивается (гарантируется) со стороны государства, не переводит систему ОМС в исключительно публичную сферу;

4) комментируемый Закон занимает хоть и центральное место в обязательном медицинском страховании, но лишь промежуточное в системе законодательства об охране здоровья, в системе законодательства об обязательном социальном страховании и в страховом законодательстве. Безусловно, ряд норм Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ", например определяющие правовой статус субъектов страхового дела, финансовую устойчивость страховых организаций объекты страхования, будут иметь большую юридическую силу по сравнению с комментируемым Законом, поскольку последний будет для них являться специальным законом.

2.4. Согласно второму предложению ч. 1 комментируемой статьи допускается принятие **подзаконных нормативных актов в сфере ОМС**.

Поскольку сфера ОМС лежит в совместном ведении Российской Федерации и субъектов РФ, то и подзаконные акты могут приниматься как на федеральном уровне, так и на уровне субъектов. Наиболее важными подзаконными актами в сфере ОМС на федеральном уровне являются следующие группы актов:

1) касающиеся установления правового положения ФФОМС: Постановление Правительства РФ от 29 июля 1998 г. N 857 "Об утверждении устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования";

2) касающиеся установления типовых требований к территориальным фондам ОМС: Приказ Минздравсоцразвития России от 21 января 2011 г. N 15н "Об утверждении Типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования";

3) касающиеся установления системы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в соответствующий период: например, Постановление Правительства РФ от 7 декабря 2019 г. N 1610 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов" (далее - Программа государственных гарантий на 2020 год). В исключительных случаях система государственных гарантий может быть уточнена (например, см. Постановление Правительства РФ от 3 апреля 2020 г. N 432 "Об особенностях реализации базовой программы обязательного медицинского страхования в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией").

Принимаемые на уровне субъектов РФ подзаконные акты в сфере ОМС касаются территориальных программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в соответствующий период - такие программы действуют в каждом из субъектов РФ (например, Постановление Правительства Свердловской области от 25 декабря 2019 г. N 994-ПП "О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов").

2.5. Комментируемый Закон не предусматривает возможность для принятия нормативных актов в сфере ОМС на уровне субъектов местного самоуправления. В ранее действовавшем Законе об ОМС 1991 г. органы местного самоуправления могли принимать территориальные программы ОМС (ст. 22), а сам Закон об ОМС 1991 г. не содержал ограничений на принятие органами местного самоуправления актов, посвященных ОМС.

Исключение же актов местного самоуправления из числа правовых основ ОМС комментируемым Законом, **с одной стороны,** связано с тем, что настоящий Федеральный закон устанавливает государственные гарантии бесплатной медицинской помощи, а в соответствии со ст. 12 Конституции РФ местное самоуправление в пределах своих полномочий самостоятельно. Органы местного самоуправления не входят в систему органов государственной власти. Следовательно, органы местного самоуправления не могут обеспечивать **государственные гарантии** оказания бесплатной медицинской помощи.

**С другой стороны,** лишение субъектов местного самоуправления права принятия нормативных актов по ОМС связано с попыткой упорядочить и усилить контроль в системе ОМС.

3. Часть 2 комментируемой статьи устанавливает **приоритет правил, содержащихся в международных договорах Российской Федерации**.

Примером такого международного договора является Договор о Евразийском экономическом союзе, подписанный в г. Астане 29 мая 2014 г. Так, в п. 4 приложения N 30 к договору о Евразийском экономическом союзе установлено, что государства-члены на своей территории предоставляют трудящимся государств-членов и членам семей права на получение бесплатной скорой медицинской помощи (в экстренной и неотложной формах) в том же порядке и на тех же условиях, что и гражданам государства трудоустройства. Скорая медицинская помощь (в экстренной и неотложной формах) оказывается трудящимся государств-членов и членам семей медицинскими организациями (учреждениями здравоохранения) государственной и муниципальной систем здравоохранения государства трудоустройства бесплатно, независимо от наличия медицинского страхового полиса. Тем самым устанавливается отличие в правовом статусе застрахованных лиц по сравнению с тем, как он определяется в ст. 10 комментируемого Закона.

4. Часть 3 комментируемой статьи содержит положения, касающиеся разъяснений комментируемого Закона, то есть **принятия актов толкования**.

**Акт толкования** - разновидность правовых актов, содержащих официальное толкование права. Официальное толкование исходит от компетентных государственных органов и является юридически обязательным <36>.

--------------------------------

<36> См.: Проблемы общей теории права и государства: учебник для вузов / под общ. ред. В.С. Нерсесянца. М.: Норма, 2008. С. 451.

**Во-первых,** устанавливается, что разъяснения применяются в целях единообразного применения комментируемого Закона, что целесообразно при 85 субъектах РФ.

**Во-вторых,** Правительство РФ должно определить порядок для издания таких разъяснений. Во исполнение этой нормы Постановлением Правительства РФ от 31 декабря 2010 г. N 1226 "Об издании разъяснений по единообразному применению Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" право издавать разъяснения в части применения комментируемого Закона предоставлено Минздраву России. Согласно этому же Постановлению Минздрав России вправе привлекать для подготовки таких разъяснений ФФОМС, а в определенных случаях и Минфин России в части вопросов, относящихся к компетенции последнего.

В качестве примера подобного акта можно привести письмо Минздрава России от 18 октября 2016 г. N 11-8/4408 "О целевом использовании средств обязательного медицинского страхования".

Статья 3. Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе

Комментарий к статье 3

1. В комментируемой статье содержатся определения основных определений, используемых в настоящем Федеральном законе.

Пункт первый комментируемой статьи содержит легальное определение **обязательного медицинского страхования**. Исходя из данного определения, можно выделить следующие признаки понятия ОМС.

**Во-первых,** ОМС понимается законодателем как вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему определенных мер. Данный подход небесспорный. Страхование может пониматься как способ возмещения убытков, как форма организации страхового фонда, как метод создания централизованного страхового фонда, как регулятор, как совокупность мероприятий, как экономические отношения (см. [комментарий к ст. 1](#Par90)). В то же время вряд ли комментируемый Закон в этой части мог предложить иное определение ОМС - оно является частью социального страхования, а последнее в ФЗ "Об основах обязательного социального страхования" как раз и определяется через систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер.

**Во-вторых,** отнесение ОМС к обязательному социальному страхованию означает, что ОМС содержит те же признаки, что и любое обязательное социальное страхование <37>:

- страхование является обязательным, то есть лица, отнесенные к страхователям, не могут освобождаться от уплаты страховых взносов;

- страховщиком выступает специализированный фонд;

- применяется принцип социальной солидарности, который означает, что оплата застрахованным лицам при наступлении страхового случая формируется за счет взносов всех страхователей и не зависит от размера внесенных взносов и тяжести страхового случая;

- страховая защита возникает непосредственно из закона (отсутствует договор страхования). Данный признак социального страхования означает, что нет необходимости для страхователей и страховщика заключать договор страхования, чтобы возникли страховые отношения: сам факт отнесения законом лиц к страхователям или застрахованным лицам порождает у них права и обязанности, связанные с этим статусом.

--------------------------------

<37> В литературе выделяют разные признаки социального страхования, как по их названию, так и по содержанию.

**В-третьих,** ОМС понимается комментируемой статьей как система создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер обеспечения гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

**Медицинская помощь** определяется на основании п. 3 ст. 2 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" как комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг. При этом медицинская помощь подразделяется по видам и формам.

Согласно ч. 2 ст. 32 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" к **видам медицинской помощи** относятся:

1) первичная медико-санитарная помощь;

2) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;

3) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;

4) паллиативная медицинская помощь.

**Формами медицинской помощи** в соответствии с ч. 4 указанной статьи ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" являются следующие:

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

2) неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

3) плановая - медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

**В-четвертых,** основанием для бесплатного оказания медицинской помощи является наступление страхового случая (см. [п. 3 комментария к настоящей статье](#Par386)).

**В-пятых,** бесплатность медицинской помощи застрахованным лицам достигается через применение средств ОМС. Таким образом, бесплатной медицинская помощь является лишь для застрахованных лиц, которые не несут расходов на оказание им медицинской помощи. Однако медицинским организациям каждый случай оказания ими медицинской помощи застрахованным должен быть оплачен за счет средств ОМС, то есть за счет тех средств, которые были аккумулированы в ФФОМС.

**В-шестых,** бесплатная медицинская помощь оказывается в пределах территориальной и базовой программ ОМС. Данные программы ОМС применяются одновременно, а посредством ОМС обеспечивается для застрахованных лиц бесплатность всего объема видов и форм медицинской помощи, которые содержатся в указанных программах.

2. В п. 2 комментируемой статьи дается определение **объекта ОМС**, под которым понимается страховой риск, связанный с возникновением страхового случая. В п. 3 комментируемой статьи в свою очередь указывается, что **страховой риск** - предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи.

Поскольку два этих понятия, определенные таким образом в комментируемом Законе, взаимосвязаны, то и рассмотрены они должны быть во взаимосвязи друг с другом. Страховой риск и страховой случай являются специально-страховыми понятиями, используемыми только в страховании.

2.1. Классическое понимание **страхового риска** - вероятное событие, на случай наступления которого проводится страхование.

При раскрытии понятия страхового риска нельзя пройти мимо оценки, которую дал риску профессор В.И. Серебровский: "нам приходилось неоднократно указывать, что наиболее характерным признаком страхования и основным элементом страхового правоотношения является страховой риск" <38>.

--------------------------------

<38> Серебровский В.И. Избранные труды. М.: Статут, 1997. С. 498.

В ГК РФ отсутствует легальное определение понятия страхового риска. Закон РФ "Об организации страхового дела в РФ" определяет **страховой риск** классически: как "предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование". Согласно теории юридических фактов событие - это такое обстоятельство, которое не зависит от воли человека (что отличает событие от действия). Однако страховой риск нельзя рассматривать в качестве юридического факта, поскольку он является еще **нереализованным событием**, которое "отвечает требованиям возможности (вероятности) и неизвестности (случайности)" и несколько противостоит понятию страхового случая, под которым понимается **уже наступившее** событие <39>.

--------------------------------

<39> См.: Белых В.С., Кривошеев И.В., Митричев И.А. Страховое право России: учеб. пособие / отв. ред. В.С. Белых. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Норма, 2009. С. 153.

Таким образом, говорить о страховом риске как о юридическом факте - очевидная неточность; таковым юридическим фактом является страховой случай. Именно поэтому в п. 3 комментируемой статьи страховой риск и определяется через предполагаемое событие.

Необходимые признаки события, рассматриваемого в качестве страхового риска, - вероятность и случайность его наступления. Данные признаки выделялись еще В.И. Серебровским <40>.

--------------------------------

<40> См.: Серебровский В.И. Избранные труды. М.: Статут, 1997. С. 498.

**Вероятность** как признак страхового риска понимается в виде вероятностного распределения результатов наступления какого-либо события.

**Случайность** страхового риска означает, что событие, на случай наступления которого осуществляется страхование, может произойти или не произойти. ОМС не является безрисковым.

**Спорным признаком** страхового риска является иногда выделяемая в качестве такового **направленность события в будущее**. Сказанное означает, что на момент вступления в страховые отношения неизвестно, наступил или нет страховой случай. Иными словами, считается, что страховой риск по времени должен предшествовать страховому случаю.

В то же время возможны ситуации, когда страховое событие возникло у лица до вступления в страховые отношения по ОМС, например в тех случаях, когда лицо становится гражданином РФ после возникновения у него заболевания или в случае рождения ребенка с развившимся у него внутриутробным заболеванием или иным состоянием. Во всех приведенных примерах страховое событие будет являться страховым случаем на момент вступления указанных лиц в отношения по ОМС: в первом случае с момента получения гражданства РФ, во втором - с момента рождения.

Также необходимо отметить, что риск имеет субъективное и объективное содержание. Субъективное понимание риска отражается в оценке его значимости конкретным человеком. Именно субъективный страховой риск передается на страхование.

А.И. Худяков отмечал: "Риск - это угроза, исходящая из события, предусмотренного в качестве страхового случая, но не само это событие... Поэтому риск в страховании не является самим событием, на случай которого осуществляется страхование. Риск - это общее состояние опасности, исходящей из этого события. Риск вторичен по отношению к этому событию" - и далее предложил следующее определение риска: "Таким образом, риск в страховании - это возможность неблагоприятного воздействия события, предусмотренного в качестве страхового случая, на предмет страхования" <41>.

--------------------------------

<41> Худяков А.И. Теория страхования. М.: Статут, 2010. С. 204.

А.В. Шахов указывал на четыре значения страхового риска: 1) вероятность наступления ущерба жизни, здоровью, имуществу страхователя (застрахованного) в результате страхового случая; 2) конкретный страховой случай, т.е. опасность, обладающая вредоносными последствиями, которые могут причинить ущерб; 3) конкретные объекты страхования, по их страховой оценке соотнесенные со степенью вероятности нанесения ущерба; 4) договор страхования, закрепляющий установленные правоотношения <42>.

--------------------------------

<42> См.: Шахов В.В. Страхование. Учебник. М.: ЮНИТИ, 1999. С. 28 - 29.

Учитывая изложенное выше, второе и четвертое значение страхового риска, приведенные А.В. Шаховым, очевидно неверны: страховой риск, как было сказано, отличается от страхового случая тем, что событие, с которым связывают страховой риск, еще не наступило, а считать договор страхования страховым риском некорректно, поскольку договор страхования содержит в себе не только страховой риск, но и иные страховые категории.

Первое из предложенных А.В. Шаховым значений близко к тому пониманию страхового риска, который предлагал А.И. Худяков, но такой подход не соответствует тому пониманию страхового риска, которое используется комментируемым Законом. Третье значение страхового риска, указанное А.В. Шаховым, близко к тому определению страхового риска, которое используется комментируемым Законом. Важно отметить, что комментируемый Закон при определении страхового риска вступает в противоречие с Законом РФ "Об организации страхового дела в РФ", содержащим в п. 4 ст. 4 указание на объекты медицинского страхования как на имущественные интересы.

В связи с этим закономерен вопрос о том, может ли страховой риск в действительности являться объектом страхования и объектом ОМС.

2.2. Ответ на вопрос об отнесении страхового риска к объектам страхования, в том числе объектам ОМС, очевидно, отрицательный.

**Во-первых,** объектом страхования на современном этапе большинство ученых называет имущественный интерес, то есть то, что страхуется в страховании.

**Во-вторых,** как уже говорилось, п. 4 ст. 4 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ" определяет объектом медицинского страхования имущественные интересы (называемые также страховыми интересами). Страховой интерес, как и объект страховой защиты, всегда присутствует в страховом отношении. Он связан с объектом страховой защиты, но не идентичен ему. Под объектом страховой защиты понимается конкретное благо человека.

**В-третьих,** в страховом правоотношении, как и в ином правоотношении, объектом является то конкретное материальное или нематериальное благо, по поводу которого складывается правовая связь между лицами <43>. При этом категория объекта гражданских прав совпадает с понятием объекта гражданских правоотношений <44>.

--------------------------------

<43> См.: Советское гражданское право: учебник: В 2 томах. Т. 1 / под ред. О.А. Красавчикова. С. 177, 178; Гонгало Б.М. Основания изменения жилищных правоотношений: дис. ... канд. юрид. наук. Свердловск, 1984. С. 20.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | КонсультантПлюс: примечание.Учебник "Российское гражданское право: В 2 т." (том 1) (отв. ред. Е.А. Суханов) включен в информационный банк согласно публикации - Статут, 2011 (2-е издание, стереотипное). |  |

<44> Такую же точку зрения высказывают Р.О. Халфина и Е.А. Суханов (см.: Халфина Р.О. Общее учение о правоотношении. М.: Юридическая литература, 1974. С. 212; Гражданское право: в 2 т. Том 1: учебник / отв. ред. проф. Е.А. Суханов, изд. 2-е, перераб. и доп. М.: БЕК, 2002. С. 294).

Приведенные обоснования применимы и к ОМС.

**Страховая защита в ОМС** - это предоставление государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи застрахованным лицам еще до наступления страхового случая. **Объект страховой защиты в ОМС** - это оплата медицинской помощи за счет средств ФФОМС застрахованным лицам. Другими словами, это сбереженные расходы застрахованных лиц, которые они не произведут при обращении за медицинской помощью при наступлении страхового случая в рамках ОМС. **Страховой интерес в ОМС** - это правомерный, основанный на комментируемом Законе имущественный интерес застрахованного лица в том, чтобы не нести расходы по оплате медицинской помощи. Именно страховой интерес в ОМС и является объектом страхования.

**Таким образом, несмотря на то, что в** **п. 2 комментируемой статьи** **страховой риск назван в качестве объекта ОМС, объектом ОМС является страховой интерес застрахованного лица.**

3. В п. 4 комментируемой статьи приводится легальное определение **страхового случая** для целей комментируемого Закона: страховой случай - совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по ОМС.

Приведенное определение соответствует пониманию страхового случая, как оно приводится в п. 2 ст. 9 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ": страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования или законом, с наступлением которого возникает обязанность страховщика произвести страховую выплату страхователю, застрахованному лицу, выгодоприобретателю или иным третьим лицам.

Можно выделить следующие признаки страхового случая:

- **во-первых,** страховой случай - это юридический факт - событие, то есть явления реальной действительности, которые происходят независимо от воли человека.

В свою очередь, события подразделяются на абсолютные и относительные. Абсолютные события - такие явления, возникновение и развитие которых не связано с волевой деятельностью субъектов. Относительные события - такие явления, которые возникают по воле субъектов, но развиваются и проистекают независимо от их воли;

- **во-вторых,** комментируемый Закон перечисляет виды событий, относящихся к страховым случаям в ОМС. Перечень событий является закрытым. К страховым случаям в ОМС отнесены заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия;

- **в-третьих,** не любое событие может повлечь наступление страхового случая. Несмотря на то что комментируемый пункт не содержит каких-либо ограничений в зависимости от того, при каких обстоятельствах произошел страховой случай: связан он с несчастным случаем на производстве или нет, - такие ограничения имеются.

Так, ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" в п. 13 ч. 2 ст. 18 указано, что страховщик (Фонд социального страхования - ФСС) обязан направлять в ТФОМС сведения о принятом решении об оплате расходов на медицинскую помощь (первичную медико-санитарную помощь, специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь) застрахованному непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве за счет средств обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний по форме и в порядке, которые утверждены страховщиком (ФСС) по согласованию с ФФОМС. Аналогичная по смыслу норма содержится в ч. 1 ст. 32 комментируемого Закона: оплата расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве осуществляется в соответствии с ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" ФСС за счет средств обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Следовательно, если страховое событие отвечает одновременно признакам страхового случая в ОМС и обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, то оно относится к последнему.

В соответствии со ст. 3 ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний":

- **страховой случай** - подтвержденный в установленном порядке факт повреждения здоровья или смерти застрахованного вследствие несчастного случая на производстве или профессионального заболевания, который влечет возникновение обязательства страховщика осуществлять обеспечение по страхованию;

- **несчастный случай на производстве** - событие, в результате которого застрахованный получил увечье или иное повреждение здоровья при исполнении им обязанностей по трудовому договору и в иных установленных ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" случаях как на территории страхователя, так и за ее пределами либо во время следования к месту работы или возвращения с места работы на транспорте, предоставленном страхователем, и которое повлекло необходимость перевода застрахованного на другую работу, временную или стойкую утрату им профессиональной трудоспособности либо его смерть;

- **профессиональное заболевание** - хроническое или острое заболевание застрахованного, являющееся результатом воздействия на него вредного (вредных) производственного (производственных) фактора (факторов) и повлекшее временную или стойкую утрату им профессиональной трудоспособности и (или) его смерть.

Таким образом, если произошедшее событие, повлекшее заболевание, связанное с профессиональной деятельностью застрахованного, травма или иное заболевание связаны с несчастными случаями на производстве и профессиональными заболеваниями, то, поскольку такие заболевания, травма или иное заболевания не признаются страховыми случаями в ОМС, первичная медико-санитарная помощь, специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь ФФОМС и ТФОМС не оплачиваются.

В то же время скорая медицинская помощь, в том числе специализированная, подлежит оплате из средств ОМС на основании п. 3 ч. 1 ст. 32, ч. 1 ст. 35 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", а также поскольку в п. 13 ч. 2 ст. 18 ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" данный вид медицинской помощи не указан в числе тех, которые возмещаются за счет средств ФСС.

Рассмотрим далее виды событий, относящихся к страховым случаям в ОМС:

1) **заболевание.** Легальное определение заболевания приводится ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ". Согласно п. 16 ст. 2 данного Закона **заболевание** - возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма.

Различаются **основное заболевание** (которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти) и **сопутствующее заболевание** (которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти). Любое заболевание обладает тяжестью. Тяжесть заболевания - критерий, определяющий степень поражения органов и (или) систем организма человека либо нарушения их функций, обусловленных заболеванием или состоянием либо их осложнением (п. п. 18 - 20 ст. 2 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ").

Для устранения или облегчения заболевания применяется лечение, для предупреждения заболевания применяется профилактика, для установления наличия или отсутствия заболевания - диагностика.

Комментируемый Закон не предъявляет требований к виду заболевания или его тяжести для того, чтобы определить, наступил ли для застрахованного лица страховой случай в ОМС в связи с заболеванием. Также не имеет значения, идет ли речь о профилактике, диагностике или лечении заболевания: если профилактика или диагностика какого-либо заболевания включены в программу ОМС, то факт обращения застрахованного лица за медицинской помощью в рамках комплекса мероприятий или комплекса медицинских вмешательств будет рассматриваться в качестве страхового случая;

2) **травма.** Легального определения травмы не имеется. В то же время имеются определения травмы в словарях: **травма** (греч. ) - повреждение тканей или органов тела в результате какого-либо внешнего воздействия (ранения, ушиба и т.п.) <45>. В соответствии с МКБ-10 выделяется около ста разновидностей травм.

--------------------------------

<45> См.: Большой толковый словарь русского языка / гл. ред. С.А. Кузнецов. 2014 // Грамота.ру. URL: http://gramota.ru/slovari/info/bts/ (дата обращения: 15 октября 2020 г.).

Исходя из определения термина "заболевание", применяемого в ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", травму можно считать разновидностью заболевания или состояния;

3) **иное состояние здоровья застрахованного.** Определение состояния дается в п. 17 ст. 2 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ": **состояние** - изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи. Очевидно, что иное состояние здоровья - это что-то, отличное от заболевания или травмы;

4) **профилактические мероприятия.** Определение профилактики также дается в ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ". Согласно п. 6 ст. 2 данного Закона **профилактика** - комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания. Ранее уже показывалось, что профилактические мероприятия, если они включены в программу ОМС, должны рассматриваться как страховой случай.

В литературе высказано мнение, согласно которому наступление страхового случая следует рассматривать как юридический факт, влекущий изменение страхового правоотношения <46>. Данная позиция представляется неточной, а следовательно, ошибочной. Во-первых, с момента возникновения страхового правоотношения страховщик является обязанным произвести выплату страхового возмещения при наступлении страхового случая, а страхователь имеет право требовать исполнения этой обязанности. Таким образом, наступление страхового случая не влечет изменения страхового правоотношения вообще и обязанности страховщика по выплате в частности. Следовательно, несмотря на то, что страховой случай является юридическим фактом, он не изменяет страхового правоотношения.

--------------------------------

<46> См.: Худяков А.И. Страховое право. СПб.: Юридический центр Пресс, 2004. С. 244.

В литературе отмечалось, что попытки свести правовые последствия осуществления юридических фактов только к трем основным этапам развития правоотношения не раскрывают в достаточной мере роли юридических фактов в механизме осуществления правовых возможностей и надлежащего исполнения юридических обязанностей <47>. К числу юридических фактов должны быть отнесены и такие, которые влекут иные правовые последствия, связанные с "жизнью" правоотношения, с действием его внутренних механизмов <48>. Страховой случай входит в фактический состав, обусловливающий начало исполнения обязанности страховщика по производству страховой выплаты.

--------------------------------

<47> См.: Гревцов Ю.И. Правовые отношения и осуществление права. Л., 1987. С. 48 - 49.

<48> См.: Алексеев С.С. Общая теория права: В двух томах. Т. II. М.: Юрид. лит., 1982. С. 164.

Как правило, отмечают, что производство страховой выплаты является основанием, прекращающим договор страхования. Следует отметить, что производство страховой выплаты не всегда влечет прекращение обязательства, ведь в течение существования страхования возможно наступление нескольких страховых случаев. Производство страховой выплаты может как изменять, так и не изменять обязательство. Речь идет о том, сколько страховых случаев предусмотрено (или возможно) в течение действия договора страхования и ограничена ли общая сумма страховых выплат по договору страхования в целом. В тех случаях, когда установлен предел общей суммы страховых выплат, принято говорить об агрегатном страховании (или агрегатном лимите ответственности страховщика); когда же общая сумма страховых выплат по договору страхования в целом не ограничена, говорят о неагрегатном страховании. При агрегатном страховании общая сумма страховых выплат по договору страхования после выплаты за один или несколько страховых случаев уменьшается на сумму уже выплаченного страхового возмещения, при неагрегатном страховании такого не происходит. Агрегатное страхование более соответствует страхованию имущества, поскольку при повреждении имущества его стоимость уменьшается, а неагрегатное страхование соответствует страхованию гражданской ответственности за причинение вреда.

Несмотря на то что в сфере ОМС не заключаются договоры страхования, сказанное выше применимо и к ОМС в части определения его как неагрегатного страхования.

4. Пункт 5 комментируемой статьи содержит определение **страхового обеспечения ОМС** (далее также страховое обеспечение). В соответствии с данным определением страховое обеспечение состоит из двух частей: 1) предоставление необходимой медицинской помощи и 2) ее оплаты медицинской организации.

Таким образом, само по себе предоставление необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках ОМС не повлечет надлежащего исполнения обязательств со стороны страховщика ОМС. Для надлежащего исполнения необходимо также произвести оплату медицинской помощи в пользу медицинской организации. Данная часть страхового обеспечения ОМС содержит в себе определенный дуализм: с одной стороны, обеспечивается бесплатность медицинской помощи для застрахованных лиц, а с другой - обеспечиваются услуги, оказанные застрахованным лицам медицинской организации без привязки к каким-либо ограничениям (естественно, что оплате подлежит лишь качественно оказанная медицинская услуга). Именно исходя из такого подхода складывается судебная практика по оплате оказанной медицинской помощи медицинским организациям в рамках ОМС, даже если такая помощь медицинскими организациями оказана по страховым случаям за рамками запланированного общего объема медицинских услуг (см., например, Постановление ФАС Московского округа от 15 июля 2013 г. по делу N А40-117258/12).

В литературе высказано мнение, что натуральная форма страховой выплаты может иметь место и при личном страховании, где страховое обеспечение может быть предоставлено в форме медицинских услуг, санаторно-курортного лечения и т.п. <49>. При этом страховое обеспечение в ОМС также иногда считают страховой выплатой в натуральной форме, поскольку застрахованным лицам предоставляется медицинская помощь, а не производится страховая выплата в денежной форме для оплаты медицинской помощи.

--------------------------------

<49> См.: Страхование от А до Я / под ред. Л.И. Корчевской, К.Е. Турбиной. М.: ИНФРА-М, 1996. С. 147.

Интересно, что в п. 6 ст. 10 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ" предусмотрено, что в соответствии с условиями договора страхования страховщик в счет страховой выплаты (страховой суммы) вправе организовать оказание медицинских услуг застрахованному лицу и оплатить медицинские услуги, оказанные застрахованному лицу. Однако в системе ОМС нет договора страхования, что все же не мешает ставить знак равенства между страховым обеспечением ОМС и страховой выплатой в натуральной форме в ОМС, но лишь применительно к той части страхового обеспечения, в которой затрагивается предоставление медицинской помощи, потому что вторая часть страхового обеспечения ОМС обладает значительной спецификой.

5. В п. 6 дается определение **страховых взносов на ОМС**. Из признаков, содержащихся в данном определении, можно вывести понятие страховых взносов на ОМС.

**Первый признак:** взносы на ОМС - это обязательные платежи. Обязательность платежа, с одной стороны, в данном случае означает, что он платится в силу закона. Так, в соответствии с п. 1 ст. 18.1 НК РФ прямо указывается, что страховые взносы являются федеральными и обязательны к уплате на всей территории Российской Федерации.

С другой стороны, обязательность платежа означает, что лица, которые обязаны его совершать (страхователи), не могут быть освобождены от его уплаты. При этом сказанное не означает, что размер страхового взноса для всех страхователей будет одинаков. Например, в соответствии с п. 2 ст. 18.2 НК РФ элементы обложения страховыми взносами, такие как объект обложения страховыми взносами и база для исчисления страховых взносов, могут определяться применительно к отдельным категориям плательщиков страховых взносов. В настоящее время размер страховых взносов на ОМС как раз и устанавливается ст. ст. 425 и 426, 427, 430 НК РФ в зависимости от категорий плательщиков страховых взносов.

Именно из данного признака страховых взносов на ОМС - обязательного характера таких взносов - и вытекает целый ряд судебных решений по спорам, в которых плательщики взносов просили о предоставлении им отсрочки по уплате страховых взносов. Во всех таких спорах суды указывали на обязательность страховых взносов на ОМС (см., например, решение Арбитражного суда г. Москвы от 20 июня 2013 г. по делу N А40-45173/13-115-208; Определение ВАС РФ от 22 февраля 2013 г. N ВАС-16929/12 по делу N А74-1369/2012).

Говоря об обязательности страховых взносов на ОМС, необходимо обратить внимание на п. 2 ст. 18.1 НК РФ, в котором сказано, что страховые взносы отменяются НК РФ.

**Вторым признаком** комментируемого определения страховых взносов на ОМС является обезличенный характер таких платежей. Этот признак отличает страховой взнос на ОМС от пенсионного платежа. Так, ст. 3 Федерального закона от 15 декабря 2001 г. N 167-ФЗ "Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации" указывает, что страховые взносы на пенсионное страхование включат в себя индивидуально-возмездные обязательные платежи, персональным целевым назначением которых является обеспечение права гражданина на получение накопительной пенсии и иных выплат за счет средств пенсионных накоплений.

Страховые взносы на ОМС не связаны с конкретной личностью застрахованного лица, и объем медицинской помощи застрахованному лицу, за которого страхователь производил выплату страховых взносов на ОМС, не привязан к сумме внесенных страховых взносов. Данный признак также нашел свое отражение в основных принципах осуществления ОМС (см. [комментарий к ст. 4](#Par458)).

Данный вывод получил свое отражение в Определении Конституционного Суда РФ от 28 марта 2017 г. N 519-О, в котором сказано, что "в отличие от страховых взносов, уплачиваемых в рамках обязательного пенсионного страхования, страховые взносы на обязательное медицинское страхование обладают (как это закреплено в п. 6 ст. 3 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации") обезличенным характером, и, хотя их целевым назначением является обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения, суммы взносов перечисляются на страховое обеспечение неопределенного круга застрахованных лиц" <50>. Как видно, в приведенном Определении затронут и третий признак страховых взносов на ОМС.

--------------------------------

<50> Определение Конституционного Суда РФ от 28 марта 2017 г. N 519-О "Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданина Хатченкова Николая Иосифовича на нарушение его конституционных прав положениями статьи 28 Федерального закона "Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации", а также частей 1.1 и 1.2 статьи 14 Федерального закона "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования".

**Третий признак** взносов на ОМС - целевой характер взносов. Данный признак определяет, что взносы на ОМС производятся с целью обеспечить (гарантировать) права застрахованных лиц на получение страхового обеспечения по ОМС, то есть чтобы застрахованные лица получили медицинскую помощь, которая была бы оплачена из специализированного денежного фонда, сформированного за счет страховых взносов на ОМС.

Кроме того, целевой характер взносов предполагает, что собранные страховые взносы на ОМС не могут быть потрачены на иные цели, не связанные с ОМС.

В качестве **четвертого признака** можно выделить возмездность страховых взносов на ОМС. Данный признак, хотя прямо и не указан в комментируемом Определении, но является общим для страховых взносов на ОМС, на пенсионное страхование, на обязательное страхование от несчастных случаев и болезней. Этим признаком страховые взносы отличаются от налогов, которые являются безвозмездными платежами (см. п. 1 ст. 8 НК РФ).

Возмездность страхового взноса на ОМС проявляется в том, что страхователь, уплатив страховой взнос, вправе ожидать оплаты оказываемой помощи застрахованным лицам. Именно возмездность страховых взносов на ОМС и обеспечивает то, что для застрахованных лиц оказанная медицинская помощь в рамках программ ОМС является бесплатной.

6. В п. 7 комментируемой статьи приводится **определение застрахованного лица**. Поскольку данному понятию посвящена отдельная статья настоящего Федерального закона - ст. 10, более подробно данное понятие будет рассмотрено в комментарии к ней (см. [комментарий к ст. 10](#Par897)).

7. В п. 8 комментируемой статьи приводится легальное определение **базовой программы ОМС**. Более подробно данное понятие раскрывается в ст. 35 настоящего Федерального закона (см. [комментарий к ст. 35](#Par2678)).

Вместе с тем можно выделить следующие признаки легального определения:

- **во-первых,** базовая программа ОМС - составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- **во-вторых,** значение базовой программы как подобного рода документа заключается в том, что именно она определяет права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств ОМС на всей территории Российской Федерации медицинской помощи и устанавливает единые требования к территориальным программам ОМС.

Базовая программа ОМС обновляется каждый год. Начиная с 2013 г. (в связи с изменениями, вступившими в силу в конце 2012 г.) базовая программа устанавливается на конкретный год (очередной финансовый год) и на плановый период, включающий в себя следующие 2 года.

Сама базовая программа ОМС устанавливается постановлениями Правительства РФ (например, см. Постановление Правительства от 7 декабря 2019 г. N 1610 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов").

8. В п. 9 комментируемой нормы приведено легальное определение **территориальной программы ОМС**. Ей также посвящена отдельная статья настоящего Федерального закона - ст. 36 (см. [комментарий к статье 36](#Par2774)). Комментируя приведенное определение, укажем на значимость следующего признака территориальной программы ОМС - она является составной частью территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

Сказанное означает, что стоимость утвержденной территориальной программы ОМС **может** превышать размер бюджетных ассигнований на реализацию территориальной программы ОМС, установленный законом о бюджете территориального фонда, поскольку территориальная программа ОМС не существует в отрыве от иных частей территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Поэтому, например, расходы на бесплатную медицинскую помощь не ограничиваются территориальной программой ОМС и могут превышать нормативы, заложенные в ней, для обеспечения государственных гарантий бесплатной медицинской помощи (см., например, Определение Верховного Суда РФ от 14 ноября 2012 г. по делу N 25-АПГ12-3).

Статья 4. Основные принципы осуществления обязательного медицинского страхования

Комментарий к статье 4

1. В комментируемой статье речь идет об **основных принципах ОМС** как системы правовых, экономических и организационных мер, то есть не следует понимать перечисленные принципы в качестве правовых. Правовые принципы понимаются традиционно следующим образом: "Принципы права - это руководящие идеи, характеризующие содержание права, его сущность и назначение в обществе" <51>. В данном же случае принципы надо понимать как основополагающие первоначала, основные положения, исходные пункты осуществления мер (мероприятий) по ОМС. То, что из данных принципов возможно будет выделить правовые принципы при регулировании ОМС, в значительной степени вторично.

--------------------------------

<51> Теория государства и права. Учебник для юридических вузов и факультетов / под ред. В.М. Корельского и В.Д. Перевалова. М.: Издательская группа ИНФРА-М; НОРМА, 1997. С. 238.

2. Интересно отметить, что ранее действовавший Закон об ОМС 1991 г. принципы медицинского страхования не определял. Не все федеральные законы содержат статьи, в которых устанавливаются принципы той или иной деятельности: установление принципов в законе подчеркивает значение данной сферы общественных отношений.

Исходя из принципов осуществления ОМС, содержащихся в комментируемой статье, можно вывести основные особенности российской системы ОМС. В первую очередь надо отметить, что система ОМС распространяется на всех лиц, находящихся на территории России, а в некоторых случаях и на граждан Российской Федерации, находящихся за границей (данную особенность можно также считать принципом ОМС - "принцип всеобщности"; этот принцип не выделяется в комментируемой статье). Следующая особенность связана с тем, что, несмотря на полный охват системой ОМС всех застрахованных лиц, объем медицинской помощи, предоставляемой при осуществлении ОМС, не является одинаковым. Общее, гарантированное предоставление медицинской помощи определено базовой программой ОМС, а отдельным застрахованным лицам может быть предоставлен больший объем медицинской помощи в рамках ОМС в силу распространения на таких лиц территориальных программ ОМС.

3. Принципы осуществления ОМС являются **специальными принципами социального страхования** (поскольку ОМС входит в социальное страхование). При этом данные принципы находятся в связи с **принципами охраны здоровья** (оказания медицинской помощи). Данные выводы основываются на толковании ст. 2 настоящего Федерального закона (см. [комментарий к ст. 2](#Par233)). Важно отметить, что принципы охраны здоровья, исходя из той же ст. 2 комментируемого Закона, должны иметь приоритет перед принципами социального страхования.

3.1. ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" в ст. 4 устанавливает 9 **принципов охраны здоровья**:

1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;

2) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;

3) приоритет охраны здоровья детей;

4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;

5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;

6) доступность и качество медицинской помощи;

7) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;

8) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;

9) соблюдение врачебной тайны.

3.2. ФЗ "Об основах обязательного социального страхования" в ст. 4 также содержит 9 **принципов осуществления обязательного социального страхования**:

1) устойчивость финансовой системы обязательного социального страхования, которая обеспечивается на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам обязательного социального страхования;

2) всеобщий обязательный характер социального страхования, доступность для застрахованных лиц реализации своих социальных гарантий;

3) государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на защиту от социальных страховых рисков и исполнение обязательств по обязательному социальному страхованию независимо от финансового положения страховщика;

4) государственное регулирование системы обязательного социального страхования;

5) паритетность участия представителей субъектов обязательного социального страхования в органах управления системы обязательного социального страхования;

6) обязательность уплаты страхователями страховых взносов;

7) ответственность за целевое использование средств обязательного социального страхования;

8) обеспечение надзора и общественного контроля;

9) автономность финансовой системы обязательного социального страхования.

3.3. Анализ комментируемой статьи следует проводить на основании перечисленных принципов, указанных в ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" и ФЗ "Об основах обязательного социального страхования", и с их учетом.

Как видно, количество принципов, приведенных в указанных законах, больше, чем в комментируемом Законе. При этом последние почти дословно воспроизводят 1-й, 6-й и 7-й принципы охраны здоровья граждан, приведенные в ст. 4 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", и 1-й, 3-й и 5-й принципы осуществления обязательного социального страхования, содержащиеся в ст. 4 ФЗ "Об основах обязательного социального страхования".

3.4. Многими исследователями отмечается, что медицинская помощь, оказываемая в рамках ОМС, - это эквивалент страховой выплаты, производимой в натуральной форме через систему здравоохранения.

В связи с этим выделяют две модели оказания медицинских услуг:

1) **модель Бевериджа,** которая подразумевает организацию системы здравоохранения на основании финансирования из государственного бюджета (всеобщее государственное обслуживание);

2) **модель Бисмарка,** когда система здравоохранения основывается на обязательном социальном страховании.

Как правило, отмечают, что модель Бевериджа основывается на признании государственной ответственности за жизни граждан (принцип социального государства). Модель Бисмарка строится на принципе социальной солидарности и ответственности государства за финансовую устойчивость ОМС <52>. Два указанных принципа модели Бисмарка являются основными принципами, указанными в комментируемой статье.

--------------------------------

<52> Данные модели организации систем здравоохранения также справедливы для социальных выплат, в том числе пенсий.

Примечательно также, что в России имеются предпосылки для существования любой из моделей оказания медицинских услуг. С одной стороны, ч. 1 ст. 7 Конституции РФ провозглашает, что "Российская Федерация - социальное государство, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека. С другой стороны, наличие ФЗ "Об основах обязательного социального страхования" и комментируемого Закона позволяют говорить о реализации в России модели Бисмарка.

4. **Первый принцип,** указанный в комментируемой статье (п. 1), является **важнейшим принципом**, поскольку весь смысл ОМС заключается в предоставлении (гарантировании) бесплатной медицинской помощи за счет средств ОМС в пределах, указанных в программах ОМС.

Данный принцип означает, что при обращении за медицинской помощью застрахованному лицу будет оказана **бесплатная медицинская помощь**. Бесплатность в данном контексте (как следует из содержания данного принципа) не является абсолютной, то есть не означает, что за оказанную помощь никто не платит. Бесплатность медицинской помощи понимается лишь относительно застрахованного лица, которое освобождено от оплаты медицинской помощи постольку, поскольку сама возможность оказания ему такой помощи уже оплачена, только средства на оплату не находятся у застрахованного лица и медицинской организации: они включены в средства ОМС и находятся в фонде ОМС. Именно это является гарантией бесплатности медицинской помощи для застрахованного лица в рамках программ ОМС.

Еще раз подчеркнем: **сама по себе медицинская помощь застрахованному лицу не бесплатна** - медицинские препараты, работа медицинского персонала, сопутствующие расходы, связанные с оказанием медицинской помощи (оплата электроэнергии, водоснабжения, отопления, административно-технического персонала медицинской организации), должны быть оплачены; однако платит медицинской организации за медицинскую помощь не само застрахованное лицо и не из собственных средств.

Здесь применяется не указанный в тексте комментируемой нормы **принцип общественной солидарности (принцип солидарности)**, выделяемый многими специалистами, в том числе практиками. Применительно к медицинскому страхованию данный принцип означает, что лицо, нуждающееся в медицинской помощи, не должно нести имущественной нагрузки в связи с этим. В этой ситуации оплата **уже произведена** до обращения за медицинской помощью.

Верно также говорить, что бесплатность оказываемой медицинской помощи застрахованным лицам обеспечивается платой медицинским организациям со стороны страховщика (ФФОМС).

Значимость данного принципа видна при анализе судебной практики.

Пример. В решении Арбитражного суда Свердловской области от 20 августа 2014 г. по делу N А60-22215/14 судом приведен следующий довод: "...исходя из того, что федеральное законодательство не ставит в зависимость возможность оказания лечебным учреждением гражданину бесплатной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования от запланированного общего объема таких услуг и гарантирует оказание гражданам, застрахованным в системе ОМС, бесплатной медицинской помощи, а лечебное учреждение (городская инфекционная больница) не вправе отказать в оказании бесплатной помощи гражданам, оказанные истцом медицинские услуги сверх установленного объема в 2013 году являются страховыми случаями и подлежат оплате в заявленном размере.

Превышение фактических расходов над запланированными на соответствующий отчетный период основанием для отнесения разницы на финансовые результаты деятельности медицинского учреждения не является".

Имеются и иные аналогичные судебные акты: **например**, решение Арбитражного суда Свердловской области от 26 ноября 2014 г. по делу N А60-34749/2014, Постановление Тринадцатого арбитражного апелляционного суда от 18 апреля 2017 г. N 13АП-6554/2017 г. по делу N А56-56150/2016.

5. **Второй принцип,** приведенный в п. 2 комментируемой статьи, посвящен такому важному показателю отношений по ОМС, как **устойчивость финансовой системы ОМС**.

Данный принцип нельзя рассматривать через принципы финансовой устойчивости, приводимые для иных страховщиков в соответствии с п. 1 ст. 25 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ". В данной норме, в частности, указано, что гарантиями обеспечения финансовой устойчивости и платежеспособности страховщика являются экономически обоснованные страховые тарифы; сформированные страховые резервы; средства страховых резервов, достаточные для исполнения обязательств по страхованию, сострахованию, перестрахованию, взаимному страхованию; собственные средства (капитал); перестрахование.

Страховщиком в ОМС является **ФФОМС**. Правовой статус ФФОМС определяется, во-первых, комментируемым Законом, во-вторых, Уставом ФФОМС. Устойчивость финансовой системы ОМС связана с такими понятиями, как финансовое положение страховщика и его платежеспособность.

В соответствии с ч. 1 ст. 6 комментируемого Закона, п. 8 Устава ФФОМС фонд обязательного медицинского страхования аккумулирует средства ОМС, управляет ими, формирует и использует резервы для обеспечения финансовой устойчивости ОМС.

Доходы бюджета ФФОМС обеспечиваются в основном поступлением страховых взносов на ОМС работающего населения и страховых взносов на ОМС неработающего населения. Имущество же ФФОМС находится в собственности государства. Рассматриваемый принцип обеспечивается за счет соблюдения третьего принципа, указанного в комментируемой статье.

6. **Третий принцип,** содержащийся в комментируемой статье (п. 3), определяет два постулата системы ОМС:

1) обязательность уплаты страхователями страховых взносов;

2) определение размеров страховых взносов федеральными законами.

Обязательность уплаты страховых взносов, с одной стороны, подчеркивается ст. 11 настоящего Федерального закона (см. [комментарий к ст. 11](#Par1008)), в которой определяется круг страхователей. С другой стороны, обязательность связана с тем, что не предусмотрено освобождение страхователей от уплаты страховых взносов на ОМС. Данное жесткое правило, безусловно, связано с тем, что основным источником финансирования ОМС являются страховые взносы страхователей. Для обеспечения обязательности уплаты страховых взносов законодательно определены порядок и сроки уплаты страховых взносов на ОМС, а также предусмотрена ответственность за их нарушение (см. [комментарий к ст. ст. 22](#Par1922) - [25](#Par2019)).

Спорные ситуации, в которых страхователи освобождаются от оплаты страховых взносов на ОМС, на самом деле не являются исключениями из данного принципа. Например, индивидуальные предприниматели, являясь одновременно и застрахованными лицами, и страхователями во время нахождения их в отпуске по уходу за ребенком до достижения им установленного законом возраста, не платят страховые взносы на ОМС. В данной ситуации, будучи одним субъектом права - физическим лицом, такие лица сталкиваются с конкуренцией норм, касающихся страхователей и застрахованных лиц. В то же время, поскольку система ОМС направлена на обеспечение гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, то нормы, относящиеся к указанным гражданам как к застрахованным лицам, будут иметь приоритет. Поэтому с точки зрения комментируемого Закона такие застрахованные лица, которые фактически предпринимательскую или профессиональную деятельность не осуществляют, вообще не могут рассматриваться в качестве страхователей (см. Апелляционное определение Астраханского областного суда от 17 июля 2013 г. по делу N 33-2151/2013).

Поскольку за нарушение порядка и сроков уплаты страховых взносов установлена ответственность, то и размер страховых взносов (страховой тариф) должен быть определен законом. В настоящее время размер страховых взносов на ОМС устанавливается ст. ст. 425 и 426, 427, 430 НК РФ (см. также [п. 5 комментария к ст. 3](#Par433)).

7. **Четвертый принцип,** указанный в п. 4 комментируемой статьи, касается государственной гарантии исполнения обязательств ОМС в рамках базовой программы ОМС независимо от финансового положения ФФОМС.

Данный принцип находится во взаимосвязи с третьим принципом, указанным в комментируемой статье. В определенной степени его можно считать аналогом перестрахования для ситуаций, когда рассматривается финансовая устойчивость страховщиков по Закону РФ "Об организации страхового дела в РФ". Смысл этого принципа заключается в том, что государство гарантирует, что права застрахованных лиц по получению бесплатной медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС (см. [комментарий к ст. 35](#Par2678)) будут соблюдены. Это значит, что медицинская помощь для застрахованных лиц останется бесплатной даже в том случае, если страховщик по ОМС - ФФОМС в силу своего финансового положения не сможет произвести оплату такой помощи в адрес медицинских организаций.

Отчасти этот принцип связан со ст. 7 Конституции РФ, а также с тем, что имущество ФФОМС находится в федеральной собственности, а ФФОМС наделяется лишь правом оперативного управления этим имуществом.

Кроме того, на реализацию данного принципа направлено положение п. 2 ст. 20 ФЗ "Об основах обязательного социального страхования", в котором говорится, что выпадающие доходы бюджетов государственных внебюджетных фондов в связи с применением тарифов страховых взносов, установленных ст. ст. 426 и 427 НК РФ, компенсируются за счет межбюджетных трансфертов.

8. **Пятый принцип,** указанный в п. 5 комментируемой статьи, касается создания условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ ОМС. Данный принцип проявляется в положениях главы 9 (которой определяются контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС), ч. 1, 12.2, 12.3, 12.4 ст. 51 (которыми устанавливаются условия расширения доступности оказываемой медицинской помощи путем предоставления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам) комментируемого Закона.

В основном рассматриваемый принцип развивается и обосновывается в нормативных актах законодательства об охране здоровья, в частности ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", и подзаконных актах, касающихся охраны здоровья.

Так, принцип, указанный в п. 5 комментируемой статьи, находит свое отражение в ст. 10 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", в которой указывается, что доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются:

1) организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения;

2) наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации;

3) возможностью выбора медицинской организации и врача в соответствии с указанным Федеральным законом;

4) применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

5) предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

6) установлением в соответствии с законодательством РФ требований к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения и иных объектов инфраструктуры в сфере здравоохранения исходя из потребностей населения;

7) транспортной доступностью медицинских организаций для всех групп населения, в том числе инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения;

8) возможностью беспрепятственного и бесплатного использования медицинским работником средств связи или транспортных средств для перевозки пациента в ближайшую медицинскую организацию в случаях, угрожающих его жизни и здоровью;

9) оснащением медицинских организаций оборудованием для оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья.

В развитие ст. 10 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" принимаются:

- **порядки оказания медицинской помощи** (которыми устанавливаются правила оказания медицинской помощи);

- **стандарты медицинской помощи,** которые являются нормативными документами Минздрава России, разрабатываются в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включают в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения:

1) медицинских услуг;

2) зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения;

3) медицинских изделий, имплантируемых в организм человека;

4) компонентов крови;

5) видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания;

6) иного исходя из особенностей заболевания (состояния);

- **критерии качества медицинской помощи,** которые формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.

**Доступность медицинской помощи** также определяется исходя из критериев базовой программы ОМС или территориальной программы ОМС <53>, принимаемой соответствующим субъектом РФ.

--------------------------------

<53> См., например: приложение N 8 к Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, утв. Постановлением Правительства Свердловской области от 25 декабря 2019 г. N 994-ПП.

9. **Шестой принцип,** указанный в п. 6 комментируемой статьи, устанавливает равное представительство субъектов ОМС и участников ОМС в органах управления ОМС.

Субъектами ОМС в соответствии с ч. 1 ст. 9 комментируемого Закона являются ФФОМС, страхователи и застрахованные лица. Участниками ОМС согласно ч. 2 ст. 9 выступают ТФОМС, страховые медицинские организации и медицинские организации.

Обычно органы управления ОМС отождествляют с органами управления ФФОМС. Такой подход является верным, но неточным, поскольку паритетность прослеживается не только в формировании органов управления ФФОМС, что будет показано далее.

Рассмотрим реализацию данного принципа при формировании органов управления фондов ОМС:

1) **паритетность управления в ФФОМС.**

В соответствии с ч. 2 ст. 33 комментируемого Закона органами управления ФФОМС являются правление и председатель.

Согласно ч. 3 ст. 33 комментируемого Закона правление является коллегиальным органом, определяющим основные направления деятельности ФФОМС и осуществляющим текущий контроль за его деятельностью. В его состав входят 11 человек. Руководитель уполномоченного федерального органа исполнительной власти (Минздрава России) и председатель ФФОМС входят в состав правления ФФОМС по должности. Состав правления ФФОМС утверждается Правительством РФ по представлению министра здравоохранения РФ (ч. 4 ст. 33 комментируемого Закона).

При этом в соответствии с ч. 6 ст. 33 комментируемого Закона в состав правления ФФОМС могут входить представители федеральных органов законодательной и исполнительной власти, общероссийских объединений работодателей, общероссийских объединений профсоюзов и иных общественных объединений. При включении в состав правления ФФОМС представителей общероссийских объединений работодателей и общероссийских объединений профсоюзов они входят в состав правления ФФОМС на паритетных началах, что означает равное присутствие представителей от каждого субъекта, представленного в правлении ФФОМС;

2) **паритетность управления в ТФОМС.**

Несмотря на то что в ст. 34 комментируемого Закона, а также в Типовом положении о территориальном фонде обязательного медицинского страхования не говорится о возможности включения в правление ТФОМС представителей субъектов ОМС и участников ОМС, субъекты Российской Федерации при принятии нормативных актов о ТФОМС вправе предусмотреть такое положение. Например, распоряжением Правительства Свердловской области от 23 июня 2016 г. N 567-РП были внесены изменения в распоряжение Правительства Свердловской области от 23 августа 2011 г. N 1517-РП, которым персональный состав ТФОМС Свердловской области был определен из представителей субъектов ОМС и участников ОМС на паритетных началах.

Примечательно, что **паритетность в управлении ОМС проявляется не только в органах управления ОМС**. Так, в соответствии с ч. 2 ст. 30 комментируемого Закона тарифы на ОМС устанавливаются тарифными соглашениями, в заключении которых участвуют:

- орган исполнительной власти субъекта РФ, уполномоченный высшим исполнительным органом государственной власти субъекта РФ;

- ТФОМС субъекта РФ;

- страховые медицинские организации;

- медицинские профессиональные некоммерческие организации, созданные в соответствии со ст. 76 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ";

- профессиональные союзы медицинских работников или их объединения (ассоциации), включенные в состав комиссии по разработке территориальной программы ОМС соответствующего субъекта РФ.

Кроме того, о паритетности говорится в ч. 9 ст. 36 комментируемого Закона, в которой сказано, что для разработки проекта территориальной программы ОМС в субъекте РФ создается комиссия по разработке территориальной программы ОМС, в которой участвуют те же субъекты и представители, что и в разработке тарифных соглашений в субъектах РФ.

Таким образом, принцип, указанный в п. 6 комментируемой статьи, допустимо толковать расширительно.

10. В комментируемой статье не учтены следующие принципы организации системы ОМС:

1) **всеобщий характер программ ОМС,** о данном принципе говорилось в [п. 2 комментария к ст. 4](#Par465);

2) **некоммерческий характер ОМС.** Данный принцип означает, что система ОМС в России создана не для извлечения прибыли лицами, участвующими в операциях ОМС. Некоммерческий характер ОМС следует из того, что средства ОМС принадлежат Российской Федерации, а само государство не является субъектом предпринимательской деятельности;

3) **социальная справедливость ОМС.** Данный принцип проявляется в том, что, несмотря на всеобщий характер программ ОМС и потенциальную обеспеченность средствами ОМС всех застрахованных лиц, фактически медицинская помощь в рамках ОМС предоставляется лишь тем людям, которые обратились за медицинской помощью и нуждаются в ней.

Глава 2. ПОЛНОМОЧИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

И СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО

МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Статья 5. Полномочия Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования

Комментарий к статье 5

Статья 5 комментируемого Закона закрепляет **перечень полномочий, реализуемых Российской Федерацией** в лице органов власти, учреждений применительно к сфере ОМС и в ее рамках. Данный перечень носит ограниченный характер в связи с непосредственным действием положений Конституции РФ (ст. 71), касающихся исключительных предметов ведения Российской Федерации.

1. Первичным полномочием Российской Федерацией в сфере ОМС, носящим как юридико-нормативный, так и политический характер, является полномочие по **разработке и реализации государственной политики в сфере ОМС**. Медицинское страхование напрямую связано с конституционными гарантиями прав граждан на здоровье, медицинское обслуживание, поэтому оно отнесено к разряду базовых, обязательных видов страхования. В свою очередь, в силу обозначенных причин политика государства в сфере ОМС является одним из важнейших направлений общегосударственной политики, а соответствующие общественные отношения требуют детальной нормативной регламентации. По содержанию принимаемых в пределах компетенции задействованных органов государственной власти нормативных правовых актов можно судить об актуальных направлениях политики Российской Федерации в сфере ОМС, тенденциях модификации общественных отношений по осуществлению функций и задач ОМС, возникающих на практике вопросах и проблемах, требующих юридико-политического разрешения, в том числе с помощью законодательного и подзаконного инструментария.

Одной из особенностей политики Российской Федерации в сфере ОМС является то, что эта политика носит ярко выраженный социальный характер в силу предоставления медицинских услуг, оказания медицинской помощи гражданам, нуждающимся в консультировании и лечении, зачастую не имеющим достаточно денежных средств для оплаты лечения, в особенности если речь идет о высокотехнологичной медицинской помощи. Соответственно, проблемы, возникающие в системе ОМС и в связи с пробелами в ее нормативной базе, неизбежно окажут влияние на интересы граждан, здравоохранение, качество медицинского обслуживания. В связи с этим государственная политика в сфере ОМС должна быть отлажена с позиций учета разнообразных социально-экономических, финансовых, правовых факторов, учета интересов населения.

Государственная политика в сфере ОМС на уровне Российской Федерации реализуется ФФОМС, на уровне субъектов РФ - ТФОМС (ст. 13 комментируемого Закона). Принятие нормативных правовых актов органами законодательной и исполнительной власти в пределах их компетенции по вопросам здравоохранения и медицинского страхования также является формой проявления политики Российской Федерации в обозначенной сфере.

Реализация полномочий по формированию политики в сфере ОМС подразумевает принятие нормативных правовых актов, в положениях которых формулируются те или иные меры, предусматриваются мероприятия, позволяющие на практике реализовать концептуальные подходы Российской Федерации к реализации отраслевых отношений в данной сфере. Например, в 2017 году (12 января 2017 г.) ФФОМС утвержден документ "Политика Федерального фонда ОМС в отношении обработки персональных данных, сведения о реализуемых требованиях к защите персональных данных". Принятие данного акта характеризует не только политику осуществления мероприятий в области собственно медицинского страхования, но и информационную политику Российской Федерации по отношению к персонифицированным данным граждан Российской Федерации и информационному обеспечению деятельности уполномоченных организаций.

2. К полномочиям Российской Федерации в сфере ОМС ст. 5 комментируемого Закона относит также собственно **организацию ОМС на территории Российской Федерации**. Под **организацией** в данном случае понимается совокупность планомерных мер и мероприятий, позволяющих реализовать на практике требования законодательства об ОМС в рамках деятельности уполномоченных органов государственной власти и учреждений, организаций.

Основные организационные полномочия в сфере ОМС возложены на ФФОМС. Его права и обязанности, функции в части организации системы ОМС закреплены ст. ст. 7, 12, главой 6 комментируемого Закона, Уставом ФФОМС. На уровне субъектов РФ аналогичные организационные полномочия реализуются ТФОМС (ст. 13 комментируемого Закона).

3. Следующее полномочие Российской Федерации в сфере ОМС - **установление круга лиц, подлежащих ОМС** (ст. 5 комментируемого Закона). Для обозначения таких субъектов применительно к сфере ОМС сложилась специальная терминология - **"застрахованные лица"**. Ими в соответствии со ст. 10 комментируемого Закона являются граждане РФ, а также постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане и лица без гражданства. В отношении двух последних категорий лиц ст. 10 комментируемого Закона предусматривает исключение: указанные иностранные граждане и лица без гражданства являются застрахованными лицами, за исключением случаев отнесения их к высококвалифицированным специалистам и членам их семей, а также отнесения к категории иностранных граждан, осуществляющих на территории Российской Федерации трудовую деятельность на основании ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в РФ" (ст. 13.5). Лица, которые имеют право на медицинскую помощь на основании ФЗ "О беженцах", также относятся к кругу лиц, подлежащих ОМС; в целом их перечень детализирован в ст. 10 комментируемого Закона. Таким образом, статус беженца, статус лица, постоянно проживающего на территории Российской Федерации, при всей ограниченности в иных правах, например политических, в сфере медицинского обслуживания предоставляет довольно широкие права и свободы, выступающие важнейшей социальной составляющей статуса личности как таковой.

Круг лиц, подлежащих ОМС, основывается на конституционных гарантиях прав и свобод человека и гражданина. Согласно ст. 41 Конституции РФ **каждый** гражданин имеет право на охрану здоровья. Это право включает также и право на медицинскую помощь, обязательное государственное страхование в этой сфере.

4. К полномочиям Российской Федерации в сфере ОМС также относится **установление тарифов страховых взносов на ОМС** и порядка взимания таких взносов.

**Страховые взносы в адрес фондов ОМС** - это разновидность платежей, имеющих денежный характер, уплачиваемых в бюджеты данных фондов с целью формирования финансовой основы системы ОМС, финансового обеспечения мероприятий в области оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, охраны здоровья граждан. Тарифы страховых взносов и порядок их уплаты, осуществление контроля над правильностью исчисления, полноты и своевременности уплаты регулируются законодательством Российской Федерации о налогах и сборах (ст. 22 комментируемого Закона). В настоящее время правовой режим взимания и уплаты указанных страховых взносов установлен федеральным законом - НК РФ. Глава 34 НК РФ детализирует состав плательщиков и тарифы страховых взносов (ст. ст. 419, 425 - 430), объекты обложения страховыми взносами (ст. 420), расчетные и отчетные периоды (ст. 423) и характеристики страховых взносов, установление которых в законе обязательно для практики исчисления и взимания соответствующего платежа.

По вопросам тарифов страховых взносов в рамках системы ОМС приняты и специальные нормативные правовые акты, например: ФЗ "О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения"; Постановления Правительства РФ: от 20 июля 2011 г. N 593 "Об особенностях постановки на учет отдельных категорий страхователей и уплаты ими страховых взносов на обязательное медицинское страхование", от 5 января 2000 г. N 9 "О перечне выплат, на которые не начисляются страховые взносы в фонды обязательного медицинского страхования" и др.

Надо заметить, что в судебной практике, а именно практике Конституционного Суда РФ, неоднократно затрагивался и затрагивается до сих пор вопрос о природе страховых взносов в фонды обязательного государственного страхования и соответствующих им правоотношений, статусе задействованных субъектов, невозможности отнесения таких страховых взносов, несмотря на признак их обязательности, к системе налоговых платежей <54>.

--------------------------------

<54> См., например: Определение Конституционного Суда РФ от 26 марта 2020 г. N 575-О "Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы Казанского публичного акционерного общества "Органический синтез" на нарушение конституционных прав и свобод статьей 39 Федерального закона "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования" и статьей 20 Федерального закона "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных законодательных актов (положений законодательных актов) Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона "О внесении изменений в части первую и вторую Налогового кодекса Российской Федерации в связи с передачей налоговым органам полномочий по администрированию страховых взносов на обязательное пенсионное, социальное и медицинское страхование"; Определение Конституционного Суда РФ от 12 мая 2005 г. N 183-О "По жалобе гражданки Урбиной Музы Ивановны на нарушение ее конституционных прав положениями пункта 3 статьи 28 Федерального закона "Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации" и абзаца шестого статьи 16 Федерального закона "О внесении изменений и дополнений в часть вторую Налогового кодекса Российской Федерации и в отдельные законодательные акты Российской Федерации"; Определение Конституционного Суда от 14 октября 2004 г. N 390-О "Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданина Фофонова Павла Кирилловича на нарушение его конституционных прав и свобод положениями пункта 11 статьи 1 Федерального закона "О внесении дополнений и изменений в Налоговый кодекс Российской Федерации и в некоторые законодательные акты Российской Федерации о налогах и сборах" и Федерального закона "О внесении изменения в статью 243 Налогового кодекса Российской Федерации"; Определение Конституционного Суда РФ от 4 марта 2004 г. N 49-О "Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы Самарской городской общественной организации инвалидов "Волжанин" на нарушение конституционных прав и свобод статьей 34 Федерального закона "Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации".

По вопросам природы страховых взносов - корректности отнесения их к налоговым либо неналоговым платежам - вынесено немало актов Конституционного Суда РФ, однако этот вопрос уже долгое время в литературе остается дискуссионным <55>. С 1 января 2017 г. взимание страховых взносов в бюджеты государственных внебюджетных фондов, к которым относятся и территориальные фонды ОМС, регулируется НК РФ (гл. 34) <56>. Это ставит вопрос об актуальности сложившейся к настоящему моменту судебной практики и выводов специалистов в части обоснования неналоговой природы страховых взносов <57>.

--------------------------------

<55> См.: Пешкова Х.В. Вопросы налоговых и бюджетных правоотношений в судебной практике: монография. 2-е изд-е, перераб. и доп. М.: ИНФРА-М, 2019. С. 92 - 118 ("Правовые позиции Конституционного Суда РФ по проблеме разграничения налоговых и неналоговых платежей (доходов бюджета)"); См. также: Артемов Н.М. Правовое регулирование неналоговых доходов бюджетов: учеб. пособие / Н.М. Артемов, Г.Г. Ячменев. М.: Элит, 2008; Гриценко В.В. К дискуссии о правовой природе страховых взносов // Вестник СГЮА. 2015. N 4. С. 225 - 228; Комягин Д.Л. Неналоговые и налоговые доходы бюджета: в чем разница? // Реформы и право. 2015. N 2. С. 16 - 25; Пауль А.Г. Доходы бюджетов (бюджетно-правовое исследование) / под ред. М.В. Карасевой. М.: Инфотропик Медиа, 2012; Покачалова Е.В. Страховые взносы в государственные социальные внебюджетные фонды и налоги в РФ: особенности правовой природы // Налоги. 2014. N 1. С. 29 - 33. Цит. по: Пешкова Х.В. Бюджетное право России: Учебник. 2-е издание, переработанное и дополненное. М., 2017. С. 284 - 285.

<56> Федеральный закон от 3 июля 2016 г. N 243-ФЗ "О внесении изменений в части первую и вторую Налогового кодекса Российской Федерации в связи с передачей налоговым органам полномочий по администрированию страховых взносов на обязательное пенсионное, социальное и медицинское страхование".

<57> См.: Гриценко В.В. К дискуссии о правовой природе страховых взносов // Вестник СГЮА. 2015. N 4. С. 225 - 228; Пешкова Х.В. Вопросы налоговых и бюджетных правоотношений в судебной практике. С. 85 - 111; Покачалова Е.В. Страховые взносы в государственные социальные внебюджетные фонды и налоги в РФ: особенности правовой природы // Налоги. 2014. N 1. С. 29 - 33.

Страховые взносы составляют основной объем доходов Федерального и территориальных фондов ОМС, т.е. формируют финансово-экономическую основу их функционирования и соответствующих бюджетов. В связи с этим юридическому регулированию финансово-правовой составляющей статуса органов государственной власти Российской Федерации, а также субъектов РФ, статуса соответствующих государственных внебюджетных фондов законодательство уделяет повышенное внимание как в комментируемом Законе (например, ст. 8), так и в иных законодательных актах. Анализ законодательной базы функционирования данных субъектов находит отражение в специальной литературе <58>.

--------------------------------

<58> См.: Бит-Шабо И.В. Финансово-правовое регулирование функционирования государственных внебюджетных фондов / под ред. Е.В. Покачаловой. М.: Юрлитинформ, 2013. 184 с.; Бит-Шабо И.В. Государственные социальные внебюджетные фонды как субъекты финансовых правоотношений / под ред. Е.В. Покачаловой. М.: Юрлитинформ, 2015; Бочкарева Е.А. Финансово-правовые аспекты формирования системы внебюджетных социальных фондов в Российской Федерации // Государственная власть и местное самоуправление. 2014. N 4. С. 28 - 31; Ногина О.А. Государственные внебюджетные фонды в составе бюджетной системы России: проблемы правового регулирования. М.: Статут, 2012; Пешкова Х.В. Место Федерального фонда обязательного медицинского страхования в бюджетном устройстве России // Медицинское право. 2011. N 1. С. 15 - 19; Писарева Е.Г. Социальные учреждения в системе субъектов финансового права / под ред. Н.И. Химичевой. Саратов: Изд-во ГОУ ВПО "Саратовская государственная академия права", 2010. Цит. по: Пешкова Х.В. Бюджетное право России: Учебник. 2-е издание, переработанное и дополненное. М., 2017. С. 163 - 164.

Систематизация и анализ сложившейся судебной практики свидетельствуют о частом возникновении споров по поводу невыплаты, несвоевременной выплаты страховых взносов в фонды ОМС.

Пример. Согласно материалам судебного дела, изложенным в Постановлении Арбитражного суда Северо-Кавказского округа от 13 марта 2020 г. N Ф08-40/2020 по делу N А18-462/2019, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия (далее - фонд) обратился в Арбитражный суд Республики Ингушетия с заявлением к Министерству здравоохранения Республики Ингушетия (далее - министерство) о взыскании пени за каждый день просрочки исполнения обязанности по уплате страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения за конкретный период. Ранее вынесенным решением суда, оставленным без изменения Постановлением апелляционной инстанции, суд отказал в удовлетворении заявленного фондом требования.

Судебные акты мотивированы пропуском фондом срока для обращения в суд с заявлением о взыскании пеней, а также отсутствием вины Министерства здравоохранения в несвоевременной уплате страховых взносов. В кассационной жалобе фонд просил отменить обжалуемые судебные акты, принять по делу новое решение об удовлетворении заявленного требования. Фонд полагал, что суды неправильно применили нормы права, а выводы судов не соответствуют обстоятельствам дела.

Фонд указывал, в частности, что порядок, сроки и ответственность за несвоевременное перечисление страховых взносов на обязательное медицинское страхование регулируются комментируемым Законом. Суд первой инстанции при вынесении решения руководствовался Федеральным законом от 24 июля 2009 г. N 212-ФЗ "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования", который не подлежал применению; правоотношения, к которым ранее применялся данный Закон, регулируются в настоящее время НК; к страховым взносам ОМС неработающего населения нормы НК не применяются.

Отсутствие на счетах министерства здравоохранения денежных средств и уплата страховых взносов на следующий день после дня их поступления на счет от главного распорядителя бюджета - Минфина Республики Ингушетия, не является основанием, освобождающим министерство здравоохранения от обязанности по уплате пеней за несвоевременную уплату страховых взносов. Вопреки выводам судов в материалах дела имеются доказательства направления в положенный срок требования фонда об уплате недоимки по страховым взносам, пеней и штрафов с указанием срока их уплаты министерству здравоохранения, а также сведения о получении указанного требования министерством здравоохранения.

Арбитражный суд Северо-Кавказского округа, изучив материалы дела, доводы кассационной жалобы, проверив законность и обоснованность судебных актов, посчитал, что судебные акты подлежат отмене, а дело - направлению на новое рассмотрение.

**См. также:** Постановление Арбитражного суда Западно-Сибирского округа от 3 февраля 2017 г. N Ф04-7029/2017 по делу N А27-8870/2016; Постановление Первого арбитражного апелляционного суда от 13 июня 2017 г. по делу N А39-5557/2016; Постановление Арбитражного суда Дальневосточного округа от 7 февраля 2019 г. N Ф03-37/2019 по делу N А59-3037/2017; Постановление Арбитражного суда Западно-Сибирского округа от 25 января 2019 г. N Ф04-6875/2018 о делу N А27-11770/2018; Постановление Арбитражного суда Московского округа от 16 июня 2020 г. N Ф05-6700/2020 по делу N А41-26569/2019; Постановление Арбитражного суда Поволжского округа от 17 января 2020 г. N Ф06-56069/2019 по делу N А65-599/2019.

5. Следующее полномочие Российской Федерации в сфере ОМС - **утверждение базовой программы ОМС и единых требований к территориальным программам ОМС**.

**Базовая программа ОМС,** по сути, представляет собой программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемую на определенный финансовый период нормативными правовыми актами, принимаемыми Правительством РФ. На уровне субъектов РФ органами государственной власти субъектов РФ разрабатываются и утверждаются территориальные программы оказания гражданам бесплатной медицинской помощи на конкретный финансовый год. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи закрепляет виды и условия оказания медицинской помощи на безвозмездной основе.

В связи с бюджетным финансированием программ оказания гражданам бесплатной медицинской помощи сроки их действия "привязаны" к периодам действия соответствующего бюджета в рамках бюджетного процесса. Например, Постановлением Правительства РФ от 7 декабря 2019 г. N 1610 очередная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи утверждена на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов.

Разъяснения особенностей формирования и экономического обоснования федеральной базовой и территориальных программ ОМС с позиций политики государства, покрытия финансовых обязательств Российской Федерации и субъектов РФ перед гражданами проводит Министерство здравоохранения РФ. Оно же осуществляет мониторинг содержания и оценку реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

6. В круг полномочий Российской Федерации в сфере ОМС также входит **установление порядка распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета ФФОМС бюджетам ТФОМС**.

**Субвенции** в данном случае представляют собой разновидность межбюджетных трансфертов - бюджетных средств, предоставляемых из бюджета одного государственного внебюджетного фонда ОМС в бюджет другого уровня, а именно региональный бюджет. Понятие межбюджетных трансфертов, правовой режим их предоставления регулируются БК РФ (ст. 6, глава 16). Межбюджетные трансферты задействуют различные бюджеты, опосредуя их взаимосвязь, взаимодействие органов власти и уполномоченных учреждений в ходе бюджетного регулирования <59>.

--------------------------------

<59> См.: Пешкова Х.В. Теоретико-правовые основы бюджетного устройства государства: Монография. М.: ИНФРА-М, 2017. С. 236 - 239.

Перераспределение денежных средств между бюджетом ФФОМС и бюджетами ТФОМС означает вовлеченность государственных внебюджетных фондов в межбюджетные отношения, подлежащие финансово-правовому, точнее, бюджетно-правовому регулированию. Согласно ст. 6 БК РФ, **межбюджетные отношения** - это взаимоотношения между "публично-правовыми образованиями" (Российская Федерация, субъекты РФ, муниципальные образования) "по вопросам регулирования бюджетных правоотношений, организации и осуществления бюджетного процесса". В литературе межбюджетные отношения определяются неоднозначно - как бюджетные отношения между Российской Федерацией, субъектами РФ и муниципальными образованиями по поводу: распределения между бюджетами расходов и доходов, источников финансирования дефицита бюджета, а также налогов по нормативам, денежных средств в форме межбюджетных трансфертов в ходе бюджетного регулирования, организационного обеспечения исполнения бюджетов, финансового контроля за расходами бюджета в ходе бюджетного регулирования, закрепления бюджетных полномочий за публично-правовыми образованиями; соблюдения полномочий органов власти, касающихся бюджетного процесса; выделяются имущественные и организационные межбюджетные отношения <60>. Большинство подходов акцентирует внимание на перечислении видов отношений, квалифицируемых как "межбюджетные", на способах взаимосвязи бюджетов <61>. Вовлеченность государственных внебюджетных фондов в межбюджетные отношения основана на взаимосвязи, взаимозависимости их бюджетов по линии перераспределения бюджетных средств в форме субвенций, относящихся к формам межбюджетных трансфертов, на основании комментируемого Закона (ст. 5).

--------------------------------

<60> См.: Пешкова Х.В. Бюджетное устройство государства (российская правовая концепция): дис. ... д-ра юрид. наук. М., 2014. С. 331 - 337; Селюков А.Д. Правовое регулирование межбюджетных отношений в Российской Федерации: Монография. М., 2003. С. 142; Шевелева Н.А. Бюджетная система России: проблемы правового регулирования в период интенсивных реформ: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. СПб., 2005. С. 42. См. также: Вершило Т.А. Муниципальное образование как субъект межбюджетных отношений: Монография / под ред. Н.И. Химичевой. М.: Российская академия правосудия, 2010. С. 32 - 45.

<61> См.: Пешкова Х.В. Теоретико-правовые основы бюджетного устройства государства. С. 236.

В сфере межбюджетных отношений, задействующих бюджеты ФФОМС и ТФОМС, соблюдается подход к разграничению полномочий Российской Федерации и субъектов РФ. Максимальный объем бюджетных полномочий как таковых, также и в части формирования системы ОМС, - у Российской Федерации. Это выражается в том, что на федеральном уровне закладываются нормативные основы общественных отношений в различных сферах жизнедеятельности граждан, общества и государства.

7. Как форму реализации охранительной функции государства следует рассматривать следующее полномочие Российской Федерации в рассматриваемой сфере, а именно **полномочие установления юридической ответственности субъектов ОМС и участников ОМС** за нарушение законодательства об ОМС.

Виды составов административных правонарушений как оснований привлечения к ответственности в данной сфере закреплены КоАП РФ (ст. ст. 15.10, 15.33.1, 15.34.1, 15.39 и др.).

Например, ст. 15.33.1 КоАП РФ предусматривает следующий состав правонарушения - невыполнение требований законодательства об ОМС о размещении в сети Интернет информации об условиях осуществления деятельности в сфере ОМС. Субъектами данного правонарушения могут быть должностные лица уполномоченных органов исполнительной власти субъектов РФ, должностные лица фондов ОМС. Вид санкции за правонарушение - штраф, размер которого различается в зависимости от вида субъекта правонарушения и отдельных особенностей объективной стороны правонарушения (исходя из п. п. 1 и 2 ст. 15.33.1 КоАП РФ).

Навязывание дополнительных услуг при заключении договора обязательного страхования также квалифицируется как административное правонарушение (ст. 15.34.1 КоАП РФ). Законодательство Российской Федерации предусматривает и иные составы правонарушений в сфере медицинской помощи, охраны здоровья граждан. Самостоятельной разновидностью выступают нарушения, посягающие на здоровье населения (ст. ст. 6.1, 6.2 КоАП РФ); нарушения, посягающие на санитарно-эпидемиологическое благополучие населения (ст. ст. 6.3 - 6.7 КоАП РФ) и др.

Уголовное законодательство Российской Федерации также предусматривает составы преступлений, связанных со сферой страхования, хотя в буквальном виде эти составы к сфере ОМС УК РФ не привязаны: ст. 198 - уклонение физического лица от уплаты налогов, сборов и (или) физического лица - плательщика страховых взносов от уплаты страховых взносов"; ст. 199 - уклонение от уплаты налогов, сборов, подлежащих уплате организацией, и (или) страховых взносов, подлежащих уплате организацией - плательщиком страховых взносов. УК РФ закреплен ряд иных составов преступлений, в объективной стороне которых "фигурируют" страховые взносы (ст. 199.2 и др.).

8. Следующее полномочие Российской Федерации в сфере ОМС - **организация управления средствами ОМС**.

Средства ФФОМС и ТФОМС входят в состав бюджетов этих фондов, в свою очередь являющихся звеньями бюджетной системы Российской Федерации в соответствии с БК РФ (ст. 10). Соответственно, **управление средствами ОМС** представляет собой комплекс мер, направленных на организацию должного формирования и перераспределение бюджета ФФОМС, бюджетов ТФОМС. Подробнее о финансово-правовой, точнее бюджетно-правовой, составляющей функционирования системы ОМС речь идет в [комментарии к ст. ст. 8](#Par799), [50](#Par4279) настоящего Федерального закона.

Результатами управления средствами ОМС выступают эффективное использование бюджетных ресурсов ФФОМС и ТФОМС, недопущение их нецелевого использования; обеспечение финансовых гарантий соблюдения прав и свобод граждан в сфере охраны здоровья, получения медицинской помощи; соблюдение публичных интересов в должном осуществлении социально-экономической функции государства в части охраны здоровья населения.

Анализ сложившейся **судебной практики** свидетельствует, что не всегда происходит эффективное управление средствами ФФОМС и ТФОМС. Так, известны примеры нецелевого использования бюджетных ресурсов данных фондов, создающие сбои в их функционировании и формировании материально-финансовой базы. В каждом конкретном случае суду при оценке фактических обстоятельств спора по делам об обжаловании о привлечении к ответственности за нецелевое использование бюджетных средств надлежит устанавливать, вправе ли получатель бюджетных средств был производить соответствующие расходы, или направление бюджетных средств на затраты было произвольным, то есть нарушало цели их выделения из бюджета.

Пример. Согласно материалам судебного дела, изложенным в Постановлении Арбитражного суда Западно-Сибирского округа от 1 июня 2020 г. N Ф04-920/2020 по делу N А27-17169/2019, в ходе проверки ТФОМС было выявлено нецелевое использование учреждением средств ОМС на оплату услуг по транспортировке умерших из стационара в морг, предписано восстановить средства, использованные не по целевому назначению, и уплатить штраф.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения К. области "Ю. городская больница" (больница) обратилось в Арбитражный суд К. области с заявлением о признании недействительным решения фонда, выраженного в акте проверки целевого и эффективного использования средств обязательного медицинского страхования в больнице. Решением суда требование больницы удовлетворено, поскольку медицинская помощь включает в себя диагностику заболевания, составной частью которой является патолого-анатомическое исследование, в структуру тарифа на оплату медицинской помощи входят транспортные услуги.

**См. также**: Постановление Арбитражного суда Восточно-Сибирского округа от 23 января 2017 г. N Ф02-6496/2016 по делу N А19-4103/2016; Постановление Арбитражного суда Дальневосточного округа от 18 июля 2017 г. N Ф03-2172/2017 по делу N А73-17441/2016; Постановление Арбитражного суда Восточно-Сибирского округа от 3 декабря 2019 г. N Ф02-6189/2019 по делу N А78-6025/2019; Постановление Арбитражного суда Волго-Вятского округа от 3 февраля 2020 г. N Ф01-8104/2019 по делу N А31-2579/2019; Постановление Арбитражного суда Дальневосточного округа от 27 мая 2020 г. N Ф03-1738/2020 по делу N А51-15043/2019; Постановление Арбитражного суда Западно-Сибирского округа от 1 июня 2020 г. N Ф04-920/2020 по делу N А27-17169/2019; Постановление Арбитражного суда Московского округа от 20 февраля 2020 г. N Ф05-25612/2019 по делу N А41-1411/2019.

9. Реализация статуса Российской Федерации в сфере ОМС также подразумевает **определение общих принципов организации информационных систем и информационного взаимодействия в сфере ОМС, ведения персонифицированного учета** сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам. По сути, в данном случае речь идет о регулятивном полномочии, реализуемом конкретными органами государственной власти, государственными учреждениями. Приказом ФФОМС от 7 апреля 2011 г. N 79 утверждены Общие принципы построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования. 12 января 2017 г. ФФОМС утверждена Политика Федерального фонда ОМС в отношении обработки персональных данных, сведения о реализуемых требованиях к защите персональных данных.

10. **Установление системы защиты прав застрахованных лиц в сфере ОМС** также относится к полномочиям Российской Федерации в сфере ОМС.

Основы защиты застрахованных лиц в сфере ОМС предусмотрены комментируемым Законом. Согласно п. 2 ст. 38 обязанности в рамках деятельности по защите прав застрахованных лиц возложены на страховые медицинские организации (страховщиков). Данные организации несут обязанность рассмотрения обращений и жалоб граждан (застрахованных лиц) на некачественную медицинскую помощь, иные нарушения в связи с предоставлением медицинских услуг. Страховые организации обладают широким перечнем полномочий, опосредующих и необходимых для защиты прав и законных интересов застрахованных лиц.

Согласно Постановлению Пленума Верховного Суда РФ от 28 июня 2012 г. N 17 "О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей" (п. 9) "к отношениям по предоставлению гражданам медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями в рамках добровольного и обязательного медицинского страхования, применяется законодательство о защите прав потребителей". **Законодательство о защите прав потребителей распространяется на лиц, застрахованных в системе ОМС**, в связи с тем, что речь идет о защите пациентов, обратившихся за медицинской помощью для удовлетворения личных нужд как нужд, не связанных с осуществлением предпринимательской деятельности. В соответствии с законодательством о защите прав потребителей медицинские организации (исполнители услуг) обязаны оказывать услуги надлежащего качества. В противном случае застрахованное лицо имеет право на предъявление иска медицинскому учреждению, в том числе иска о материальном возмещении причиненного некачественной услугой вреда, а также морального вреда. Такие споры, связанные с оказанием медицинских услуг ненадлежащего качества и взысканием штрафов, получили распространение на практике (см., **например,** Апелляционное определение Ставропольского краевого суда от 18 мая 2016 г. по делу N 33-3985/2016; Постановление Арбитражного суда Поволжского округа от 13 марта 2017 г. N Ф06-18737/2017 по делу N А12-6901/2016; Апелляционное определение Московского городского суда от 6 февраля 2019 г. по делу N 33-5549/2019; Апелляционное определение Свердловского областного суда от 29 октября 2019 г. по делу N 33-18634/2019; Апелляционное определение Санкт-Петербургского городского суда от 16 января 2020 г. N 33-931/2020 по делу N 2-1340/2019).

Защита прав застрахованных лиц осуществляется страховщиками в судебном и досудебном (претензионном) порядке.

11. Положения ст. 5 комментируемого Закона относительно состава полномочий Российской Федерации в рассматриваемой сфере соответствуют модели федеративного государства, выработанной в мировой практике и закрепленной в конституционных законах государства. Традиционно вопрос о составе полномочий федеративного государства и входящих в его состав территориальных образований решается в трех направлениях:

1) установление перечня полномочий, находящихся в исключительной компетенции Федерации и федеральных органов государственной власти;

2) установление перечня полномочий, находящихся в совместной компетенции Федерации (федеральных органов государственной власти) и субъектов Федерации (органов государственной власти субъектов Федерации);

3) установление исключительной компетенции субъектов Федерации.

Отраслевое законодательство государства Российской Федерации непосредственно предусматривает разграничение предметов ведения и полномочий Российской Федерации и субъектов РФ применительно к конкретным сферам общественных отношений, видам правоотношений. Так, в целях детализации соответствующих положений Конституции РФ комментируемый Закон закрепляет не только исключительные полномочия Российской Федерации, реализуемые применительно к общественным отношениям в сфере ОМС (ст. 5), но и полномочия Российской Федерации в сфере ОМС, переданные для осуществления органам государственной власти субъектов РФ (ст. 6), а также права и обязанности уполномоченного федерального органа исполнительной власти и ФФОМС по осуществлению переданных полномочий Российской Федерации в сфере ОМС органами государственной власти субъектов РФ (ст. 7); порядок изъятия полномочий Российской Федерации в сфере ОМС, переданных для осуществления органам государственной власти субъектов РФ (ст. 7.1); полномочия органов государственной власти субъектов РФ в сфере ОМС (ст. 8).

Подобный подход комментируемого Закона соответствует подходу к строгому разграничению и дальнейшему перераспределению (делегированию) полномочий между Российской Федерацией и субъектами РФ в модели федеративного государства. Подробнее содержание приведенных статей проанализировано далее (см. [комментарии к ст. ст. 6](#Par659) - [8](#Par799)).

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

Комментарий к статье 6

1. Статья 6 комментируемого Закона закрепляет перечень полномочий Российской Федерации в сфере ОМС, **переданных для осуществления органам государственной власти субъектов РФ**. Россия как федеративное государство не может обладать неограниченными полномочиями и предметами ведения в силу объективных организационно-управленческих и юридических причин. В связи с этим Российская Федерация в лице уполномоченных органов власти "делится" своими полномочиями ("делегирует" их) с субъектами РФ, органами государственной власти субъектов РФ. Это также объясняется и тем, что территориальные образования в составе федеративного государства не утрачивают своей самостоятельности в пределах, допускаемых Конституцией РФ (ст. ст. 72, 73), обладают правами решать определенные вопросы в пределах своей компетенции, с учетом интересов конкретных территориальных образований и проживающего в их пределах населения, с учетом целесообразности перенаправления ряда общественно значимых полномочий от Федерации к ее субъектам.

2. В зависимости от специфики сферы общественных отношений, их связи с суверенитетом государства различаются виды и состав полномочий, которые могут быть делегированы Российской Федерацией субъектам РФ. Применительно к сфере ОМС к таким **делегированным полномочиям** исходя из ч. 1 ст. 6 комментируемого Закона относятся:

1) утверждение территориальных программ ОМС и реализация базовой программы ОМС в пределах территории субъектов РФ;

2) утверждение подушевых дифференцированных нормативов финансового обеспечения ОМС;

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

4) администрирование доходов бюджета ФФОМС, поступающих в соответствующий бюджет в форме платежей - страховых взносов на ОМС неработающего населения, проживающего на территории субъекта РФ;

5) контроль над использованием бюджетных средств в рамках системы ОМС;

6) осуществление расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис ОМС;

7) 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;

8) ведение отчетности в сфере ОМС.

Как видно из приведенного перечня, одни из полномочий носят сугубо **регулятивный** характер (утверждение подушевых дифференцированных нормативов финансового обеспечения ОМС и др.), другие - **организационный и контрольный** характер (регистрация страхователей для неработающих граждан; контроль использования бюджетных ресурсов; администрирование доходов бюджета соответствующего фонда ОМС и др.). Однако, даже имея столь разные свойства (от регулятивных до контрольных, организационных), полномочия органов государственной власти в сфере ОМС нацелены на формирование финансовой и организационно-юридической основы предоставления гражданам, проживающим в пределах территорий конкретных субъектов РФ, услуг в сфере здравоохранения.

2.1. Предоставление гражданам услуг в сфере здравоохранения связано с так называемой **социально-экономической функцией государства**, которую Россия как федеративное государство "разделяет" между Федерацией и ее субъектами посредством делегирования вторым ряда полномочий. Делегированные полномочия применительно к сфере действия закона в определенном объеме охватываются **территориальными программами ОМС** (подробнее о данных программах речь идет в [п. 5 комментария к ст. 5](#Par616), см. также [комментарий к ст. 36](#Par2774)).

Указанная социально-экономическая функция государства в науке также обозначается как "функция социальных услуг", "функция обеспечения благосостояния народа" <62>. Ее содержание охватывает социально-экономические, культурные мероприятия, осуществляемые в рамках **социальной инфраструктуры** - совокупности объектов, специализирующихся на предоставлении услуг, удовлетворяющих потребности общества (социальное обеспечение, здравоохранение, образование, жилищное хозяйство и т.д.). Указанные объекты, мероприятия в специальной литературе обозначаются как **"общественные блага"** <63>. В законодательстве России общественные блага соответствуют понятию "государственные (муниципальные) услуги" - услуги общественной значимости, оказываемые неопределенному кругу лиц. Под **функциями по оказанию государственных услуг** понимается предоставление органами власти непосредственно, через подведомственные им учреждения услуг гражданам и организациям в сфере образования, здравоохранения, социальной защиты населения и др. (на основании анализа ст. 6 БК РФ; п. п. 2 - 13 Указа Президента РФ от 12 мая 2008 г. N 724 "Вопросы системы и структуры федеральных органов исполнительной власти"). Такие же характеристики имеют муниципальные услуги соответственно переложению государственно значимых задач и функций на территориальные уровни. Рассматриваемые услуги охватываются также понятием **"бюджетные услуги"**, поскольку их предоставление в значительном объеме финансируется бюджетными средствами <64>. Это финансирование основано на содержании как базовой (см. [комментарий к ст. 35](#Par2678)), так и территориальных программ ОМС.

--------------------------------

<62> См.: Черноголовкин Н.В. Теория функций социалистического государства. М., 1970. С. 109 - 113.

<63> См., напр.: Макконнелл К.Р., Брю С.Л. Экономикс: принципы, проблемы и политика. М., 1999. С. 102.

<64> См.: Пешкова Х.В. Теоретико-правовые основы бюджетного устройства государства: монография. М.: ИНФРА-М, 2017. С. 85 - 87.

2.2. В связи с финансированием бюджетных услуг, в том числе услуг в рамках системы ОМС, за счет бюджетных ресурсов фондов ОМС, важно формулирование требований к возможным объемам финансирования, что направлено на то, чтобы сделать соответствующие расходные обязательства субъектов РФ планомерными. **Утверждение подушевых дифференцированных нормативов финансового обеспечения ОМС** делегировано органам государственной власти субъектов РФ.

Подушевые нормативы определяются в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования, утверждаемыми уполномоченным Правительством РФ федеральным органом исполнительной власти. В данном случае имеются в виду Правила ОМС, утв. Приказом Минздравсоцразвития РФ от 28 февраля 2019 г. N 108н.

Будучи делегированными в адрес субъектов РФ, полномочия субъектов РФ в области ОМС реализуются субъектами РФ не абсолютно самостоятельно. Иными словами, даже в условиях приобретения делегированных полномочий субъекты РФ не становятся полностью независимыми от Российской Федерации. Так, например, территориальные программы ОМС, разработка которых входит в компетенцию соответствующих региональных учреждений, должны изначально основываться на положениях федеральной программы ОМС. Установление единых требований к территориальным программам ОМС относится к исключительным полномочиям Российской Федерации (ст. 5 комментируемого Закона). Несмотря на то что утверждение подушевых дифференцированных нормативов финансового обеспечения ОМС делегировано органам государственной власти субъектов РФ, это регулятивное полномочие основано на Правилах ОМС, утвержденных на федеральном уровне (например, Приказ Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2019 г. N 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования"). Другой пример: в случае осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами конкретного субъекта РФ, на территории которого выдан полис ОМС, процедуры и материально-правовые характеристики расчетов основываются на базовой программе ОМС.

2.3. **Регистрация и снятие с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан** также находится в числе полномочий, которые могут быть делегированы Российской Федерацией субъектам РФ. Применительно к данному полномочию следует учитывать положения, предусмотренные Постановлением Правительства РФ от 20 июля 2011 г. N 593 "Об особенностях постановки на учет отдельных категорий страхователей и уплаты ими страховых взносов на обязательное медицинское страхование".

2.4. Такое переданное полномочие, как **администрирование доходов бюджета ФФОМС**, поступающих от уплаты страховых взносов на ОМС неработающего населения на территориях субъектов РФ, основано на понимании администратора доходов бюджета как особого субъекта отношений в области бюджета.

Согласно ст. 6 БК РФ **администратор доходов бюджета** представляет собой орган государственной власти (государственный орган), орган местного самоуправления, орган местной администрации, орган управления государственным внебюджетным фондом, Центральный банк РФ, казенное учреждение, осуществляющие в соответствии с законодательством Российской Федерации контроль за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты, начисление, учет, взыскание и принятие решений о возврате (зачете) излишне уплаченных (взысканных) платежей, пеней и штрафов по ним, являющихся доходами бюджетов бюджетной системы Российской Федерации.

Письмом ФФОМС от 29 декабря 2011 г. N 9099/20-1/и направлены Методические указания по организации в территориальных фондах обязательного медицинского страхования учета начисленных и уплаченных сумм страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, зачисляемых в бюджет ФФОМС.

2.5. Также к полномочиям Российской Федерации в сфере ОМС, переданным для осуществления органам государственной власти субъектов РФ, относится **контроль за использованием средств ОМС на территориях субъектов РФ**, в том числе путем проведения проверок и ревизий. В указанных целях на территориях субъектов РФ создаются ТФОМС (так, например, ТФОМС Новосибирской области был создан Новосибирской областью для реализации государственной политики в сфере ОМС на территории Новосибирской области - п. 1 Положения о Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Новосибирской области, утв. Постановлением Правительства Новосибирской области от 14 февраля 2011 г. N 56-п "О Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Новосибирской области").

Таким образом, Российская Федерация передает полномочия по контролю за расходованием (использованием) средств ОМС на территориях субъектов РФ, в том числе целевым расходованием средств, субъектам РФ, которые в лице ТФОМС осуществляют контроль за расходованием (использованием) средств ОМС страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями на территории соответствующего субъекта РФ, в том числе путем проведения проверок и ревизий (см. Постановление Седьмого арбитражного апелляционного суда от 7 ноября 2013 г. по делу N А45-11744/2013; Постановление Арбитражного суда Волго-Вятского округа от 16 октября 2019 г. N Ф01-5071/2019 по делу N А29-7190/2018; Постановление Арбитражного суда Восточно-Сибирского округа от 16 января 2019 г. N Ф02-6272/2018 по делу N А74-3236/2018).

Об особенностях контроля над использованием средств ОМС, в том числе на территориях субъектов РФ, речь идет в [п. 5 комментария к настоящей статье](#Par709).

2.6. **Осуществление расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис ОМС**, производится также ТФОМС за счет нормированного страхового запаса ТФОМС в соответствии с едиными требованиями базовой программы ОМС (см. [п. 7 комментария к ст. 26](#Par2110)). Порядок межтерриториальных расчетов установлен разделом X Правил ОМС.

2.7. **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, также является делегированным полномочием. Оно осуществляется на основании положений главы 10 комментируемого Закона (см. [комментарий к ст. ст. 43](#Par3697) - [49](#Par4145)) и Приказа Минздравсоцразвития России от 25 января 2011 г. N 29н "Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования".

2.8. **Ведение отчетности в сфере ОМС** как делегированное полномочие осуществляется в соответствии с рядом нормативных правовых актов, в числе которых Приказ Минздрава России от 30 января 2015 г. N 29н "О формах статистического учета и отчетности, используемых при организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы, порядках их заполнения и сроках представления"; Приказ ФФОМС от 26 марта 2013 г. N 65 "Об установлении формы и порядка предоставления отчетности о заработной плате работников медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования"; Приказ ФФОМС от 25 марта 2019 г. N 50 "Об установлении формы и порядка ведения отчетности N ЗПЗ "Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования"; Приказ ФФОМС от 16 августа 2011 г. N 146 "Об утверждении форм отчетности" и др.

3. Реализация делегированных полномочий в значительном объеме финансируется **субвенциями из бюджета ФФОМС** (ч. 2 комментируемой статьи). Правовой режим субвенций основывается на требованиях бюджетного законодательства РФ, исходя из которого **субвенции** - форма межбюджетных трансфертов, направляемых на финансовое обеспечение расходных обязательств, возлагаемых на субъекты РФ и муниципальные образования вследствие передачи (делегирования) полномочий органов власти федерального и регионального уровня в адрес соответственно региональных органов власти и местного самоуправления (ст. ст. 133, 140 БК РФ). Распределение бюджетных средств в форме субвенций имеет важное значение для финансовой системы Российской Федерации: позволяет финансово обеспечить задачи и функции государства, передаваемые в адрес субъектов РФ (в отдельных случаях - муниципальных образований). В силу целесообразности предоставления субвенций не допускается подменять их предоставлением средств из бюджета в иных целях, нежели присущие субвенциям. Предоставление субвенций контролируется уполномоченными органами, служит предметом судебных споров. Будучи направленными на осуществление конкретных расходов - затрат в рамках системы ОМС, субвенции являются формой межбюджетных трансфертов, имеющих целевой характер. Их привязанность к конкретным расходам устанавливается при планировании управления межбюджетными отношениями в рамках бюджетного процесса, соответственно, получает отражение в правовом акте о бюджете, а также принимаемых на его основе документов <65>.

--------------------------------

<65> См.: Пешкова Х.В. Бюджетное устройство государства (российская правовая концепция): дис. ... д-ра юрид. наук. М., 2014. С. 344.

4. Широкими полномочиями в связи с осуществлением переданных субъектам РФ полномочий наделено **высшее должностное лицо соответствующего субъекта РФ** (п. 3 ст. 6).

Высшее должностное лицо субъекта РФ (руководитель высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации) осуществляет полномочия, указанные в ч. 7 ст. 18 Федерального закона от 6 октября 1999 г. N 184-ФЗ "Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации", круг которых не ограничен, в том числе они могут быть установлены другими федеральными законами, конституцией (уставом) и законами субъекта РФ. В соответствии с комментируемой статьей данный субъект реализует следующие полномочия:

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

2) **обеспечивает** в установленном порядке:

- принятие решения о создании в случае отсутствия на территории субъекта РФ некоммерческой организации - ТФОМС;

- утверждение структуры управления ТФОМС по согласованию с ФФОМС;

- назначение на должность и освобождение от должности руководителя ТФОМС по согласованию с ФФОМС;

3) обеспечивает в установленном порядке **своевременное представление** в уполномоченный Правительством РФ федеральный орган исполнительной власти:

- отчетности об осуществлении переданных полномочий, о расходовании предоставленных субвенций, достижении целевых прогнозных показателей (в случае, если такие показатели установлены) по установленной форме (см., например, Приказ ФФОМС от 26 марта 2013 г. N 65 "Об установлении формы и порядка предоставления отчетности о заработной плате работников медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования");

- нормативных правовых актов, принимаемых органами государственной власти субъектов РФ по осуществлению переданных полномочий, в течение трех дней после дня их принятия;

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

- сведений о прогнозных показателях по осуществлению переданных полномочий по установленной форме;

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

5. Многие из полномочий Российской Федерации в сфере ОМС, переданных для осуществления органам государственной власти субъектов РФ, имеют межотраслевой характер: выступают объектом регулирования не только законодательства о системе ОМС, но и отрасли финансового законодательства. Так, например, в случае, когда речь идет о таком делегированном Российской Федерацией органам государственной власти субъектов РФ полномочий, как "контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации, в том числе проведение проверок и ревизий", имеется в виду **бюджетный контроль** - разновидность государственного финансового контроля. **Бюджетный контроль** представляет собой систему контрольных мероприятий по проверке законности, эффективности правоотношений в сфере образования, распределения и использования бюджетов фондов ОМС, использования бюджетных средств медицинскими и иными уполномоченными в данной сфере организациями и учреждениями. Объектами контроля в данном случае выступают медицинские организации, которым предоставляются бюджетные средства в рамках системы ОМС на цели оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

Реализация контрольных мероприятий в отношении медицинских организаций свидетельствует о частых фактах правонарушений законодательства об ОМС, о здравоохранении, допускаемых ими и приводящих в дальнейшем к обращению в суды лиц, чьи права и интересы были нарушены (см., **например,** Постановление Арбитражного суда Волго-Вятского округа от 17 июля 2017 г. N Ф01-2726/2017 по делу N А43-23330/2016; Постановление Арбитражного суда Восточно-Сибирского округа от 13 июля 2017 г. N Ф02-3340/2017 по делу N А19-16407/2016; Постановление Второго арбитражного апелляционного суда от 29 июля 2016 г. N 02АП-2859/2016 по делу N А82-15079/2015; Постановление Арбитражного суда Северо-Западного округа от 6 марта 2015 г. N Ф07-647/2015 по делу N А05-4606/2014; Постановление Арбитражного суда Волго-Вятского округа от 16 октября 2019 г. N Ф01-5071/2019 по делу N А29-7190/2018; Постановление Арбитражного суда Восточно-Сибирского округа от 16 января 2019 г. N Ф02-6272/2018 по делу N А74-3236/2018).

Бюджетный контроль в рамках системы ОМС неразрывно связан с иными видами государственного финансового контроля - **налоговым и банковским контролем**. С банковским контролем - например, по линии выявления нарушений требований законодательства РФ, касающихся открытия в кредитной организации банковского счета и аккредитива, заключения договора банковского вклада (депозита) с государственными внебюджетными фондами ОМС. Соответствующие правонарушения охватываются составом административного правонарушения, предусмотренного ст. 15.39 КоАП РФ. Налоговый контроль в сфере ОМС связан с контролем налоговых органов за своевременной и полной уплатой страховых взносов в бюджеты фондов ОМС. Так, в ходе подконтрольного исполнения бюджета фонда ОМС, в частности его исполнения по доходам в рамках бюджетного процесса, в числе прочих моментов обращается внимание на налоговые доходы в виде обязательных страховых взносов, поступающие в конкретный бюджет в результате исполнения обязанностей, закрепленных законодательством о налогах и сборах (на основании анализа п. 4 ст. 20, ст. 41 БК РФ). В таком случае от эффективности налогового контроля за уплатой страховых взносов зависит действенность бюджетного контроля за формированием и функционированием фонда ОМС в рамках бюджетного процесса. Налоговый контроль преследует цель оценки соблюдения законодательства о налогах, "доставляющего" бюджетам доходы; бюджетный контроль - цель оценки соблюдения бюджетного законодательства, в том числе в части формирования доходов бюджета. Приведенный подход к взаимосвязи налогового и бюджетного контроля на примере контроля в рамках системы ОМС связан с анализом свойств взаимосвязи налоговых и бюджетных правоотношений, бюджетных и страховых правоотношений в сфере ОМС <66>.

--------------------------------

<66> См. также: Пешкова Х.В. Теоретико-правовые основы бюджетного устройства государства: Монография. М.: ИНФРА-М, 2017. С. 294 - 295; Она же. Бюджетное устройство государства (российская правовая концепция): дис. ... д-ра юрид. наук. М., 2014. С. 443 - 445.

6. Заключительная ч. 4 комментируемой статьи закрепляет, что **контрольные мероприятия за использованием средств ОМС, обеспечивающих осуществление переданных** в соответствии с ч. 1 настоящей статьи **полномочий**, проводятся ФФОМС, федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в финансово-бюджетной сфере, Счетной палатой Российской Федерации в пределах их компетенции. К числу методов контроля относятся ревизии и проверки, анализ, обследование, наблюдение. Подробнее о правовом режиме методов контрольной деятельности уполномоченных субъектов в сфере ОМС речь идет в [комментарии к ст. 7](#Par720) настоящего комментируемого Закона.

В условиях финансовой, социально-экономической и политической напряженности, сопутствующей развитию разного рода финансовых отношений, формированию и перераспределению финансово-материальной базы фондов ОМС, вопросы осуществления контроля над финансированием сферы здравоохранения и медицинских услуг, эффективным и целевым использованием бюджетных средств медицинскими организациями приобрели особую актуальность. Повышение качества управления медицинскими финансами как на федеральном, так и на региональном уровнях посредством усиления контроля над соблюдением финансовой дисциплины в данной сфере - одно из важнейших направлений развития бюджетного федерализма в Российской Федерации, условий оптимального использования бюджетных ресурсов на социально значимые мероприятия.

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

Комментарий к статье 7

1. Статья 7 комментируемого Закона закрепляет **перечень полномочий - прав и обязанностей - уполномоченного федерального органа исполнительной власти, а также ФФОМС по осуществлению переданных полномочий** Российской Федерации в сфере ОМС органами государственной власти субъектов РФ.

Под "уполномоченным федеральным органом исполнительной власти" в комментируемой статье понимается Министерство здравоохранения РФ. Его полномочия, в том числе применительно к сфере действия комментируемого Закона, закреплены Постановлением Правительства РФ от 19 июня 2012 г. N 608 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации". **Минздрав России** является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, ОМС, обращения лекарственных средств для медицинского применения, а также по управлению государственным имуществом и оказанию государственных услуг в сфере здравоохранения.

Перечень переданных полномочий закреплен ст. 6 комментируемого Закона.

2. Уполномоченным федеральным органом исполнительной власти выступает **Министерство здравоохранения РФ**.

Для осуществления закрепленных ст. 6 комментируемого Закона делегированных полномочий на уровне субъектов РФ **уполномоченный федеральный орган исполнительной власти** (в настоящий момент - Минздрав России) реализует следующие полномочия:

1) издает нормативные правовые акты и методические указания по осуществлению органами государственной власти субъектов РФ переданных полномочий применительно к сфере ОМС;

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

3) осуществляет в установленном им порядке контроль и надзор за полнотой и качеством осуществления органами государственной власти субъектов РФ переданных полномочий с правом проведения проверок и выдачи обязательных для исполнения предписаний.

Рассмотрим эти и некоторые иные полномочия Минздрава России, закрепленные п. 1 комментируемой статьи, подробнее.

2.1. Минздрав России **издает нормативные правовые акты и методические указания** по осуществлению органами государственной власти субъектов РФ переданных полномочий применительно к сфере ОМС.

Во исполнение закрепленных п. 1 ст. 7 комментируемого Закона полномочий Минздрав России принял ряд ключевых нормативных правовых актов по вопросам реализации делегированных субъектам РФ полномочий, например Приказы Минздрава России от 5 сентября 2016 г. N 654н "Об утверждении Порядка осуществления надзора за нормативно-правовым регулированием, осуществляемым органами государственной власти субъектов Российской Федерации по вопросам переданных полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования"; от 28 февраля 2019 г. N 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" и др.

2.2. Минздрав России осуществляет **надзор за нормативно-правовым регулированием, осуществляемым органами государственной власти субъектов РФ по вопросам переданных полномочий**, с правом направления обязательных для исполнения предписаний об отмене нормативных правовых актов или о внесении в них изменений.

Под **предписанием** в данном случае понимается индивидуальный правовой акт, документ, содержащий обязательные для исполнения в указанный в предписании срок требования об устранении нарушений законодательства в сфере ОМС и иных нормативных правовых актов, регулирующих правоотношения в сфере ОМС <67>. Предписания могут быть следующих видов (по критерию содержания и целей принятия документа):

- предписания об устранении выявленных нарушений;

- о привлечении к установленной законодательством РФ юридической ответственности должностных лиц органов государственной власти субъектов РФ и ТФОМС.

--------------------------------

<67> См. также: Пешкова Х.В. Бюджетное право России: Учебник. 2-е издание, переработанное и дополненное. М., 2017. С. 369.

Применительно к рассматриваемому участку компетенции Минздрава России действует Приказ Минздрава России от 5 сентября 2016 г. N 654н "Об утверждении Порядка осуществления надзора за нормативно-правовым регулированием, осуществляемым органами государственной власти субъектов Российской Федерации по вопросам переданных полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования".

Предписания Минздрава России как разновидность индивидуальных правовых актов подлежат **обжалованию в судебном порядке**, в связи с медицинской деятельностью экономического характера - в порядке **арбитражного судопроизводства**; и такая правоприменительная практика получила распространение (см., например, Постановление ФАС Волго-Вятского округа от 22 января 2010 г. по делу N А43-17082/2009).

2.3. Минздрав России готовит и направляет высшему должностному лицу субъекта РФ (руководителю высшего исполнительного органа государственной власти субъекта РФ) предложения об отстранении от должности должностных лиц органов государственной власти субъектов РФ и ТФОМС.

2.4. Минздрав России вправе устанавливать целевые прогнозные показатели по осуществлению переданных полномочий.

2.5. Минздрав России утверждает правила ОМС, в том числе методику расчета тарифов на оплату медицинской помощи и порядок оплаты медицинской помощи по ОМС - в настоящее время действует Приказ Минздравсоцразвития РФ от 28 февраля 2019 г. N 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования".

2.6. Минздрав России определяет порядок ведения персонифицированного учета в сфере ОМС - в настоящее время действует Приказ Минздравсоцразвития России от 25 января 2011 г. N 29н "Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования".

2.7. Минздрав России готовит и направляет в Правительство РФ предложения об изъятии соответствующих полномочий у органов государственной власти субъектов РФ в порядке, установленном ст. 7.1 комментируемого Закона (см. [комментарий к ст. 7.1](#Par781)).

2.8. Минздрав России устанавливает порядок возмещения субвенций, предоставленных из бюджета ФФОМС бюджетам ТФОМС для осуществления соответствующих полномочий. По данному вопросу принят Приказ Минздрава России от 16 января 2014 г. N 22н "О внесении изменений в Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 сентября 2011 г. N 1032н "Об утверждении Порядка возмещения субвенций, предоставленных из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования и использованных не по целевому назначению".

2.9. Закрепленный п. 1 ст. 7 комментируемого Закона состав полномочий федерального органа исполнительной власти носит **открытый характер** в связи с потребностями его модификации в условиях меняющейся социально-экономической обстановки, необходимости расширения регулятивных полномочий уполномоченного органа по нормативному урегулированию тех или иных вопросов и проблем, возникающих в сфере здравоохранения, ОМС.

3. Закрепленные в п. 2 ст. 7 комментируемого Закона права и обязанности ФФОМС можно объединить в три группы по критерию функциональной предназначенности для системы ОМС: регулятивные, контрольные и информационные.

Для осуществления закрепленных ст. 6 комментируемого Закона делегированных полномочий на уровне субъектов РФ ФФОМС осуществляет следующие **регулятивные полномочия:**

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

2) предоставляет субвенции из бюджета ФФОМС бюджетам ТФОМС для финансового обеспечения осуществления полномочий, переданных в соответствии с ч. 1 ст. 6 комментируемого Закона;

3) согласовывает структуру ТФОМС, назначение на должность и освобождение от должности руководителей ТФОМС, а также нормативы расходов на обеспечение выполнения ТФОМС своих функций.

Основную часть перечисленных в настоящей статье полномочий ФФОМС составляют **контрольные полномочия**, согласно которым ФФОМС:

1) осуществляет контроль за уплатой страховых взносов на ОМС неработающего населения;

2) устанавливает формы отчетности в сфере ОМС и порядок ее ведения (см., например, Приказы ФФОМС от 31 декабря 2013 г. N 294 "Об утверждении формы отчетности", от 20 ноября 2017 г. N 327 "Об утверждении формы и порядка предоставления отчета об использовании субвенций, предоставленных из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования");

3) устанавливает порядок осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС застрахованным лицам (Приказ ФФОМС от 28 февраля 2019 г. N 36 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию");

4) осуществляет в установленном им порядке контроль за соблюдением законодательства об ОМС и за использованием средств ОМС, в том числе проводит **проверки и ревизии**.

Под **проверкой**, осуществляемой ФФОМС, в данном случае понимается совершение контрольных действий по документальному и фактическому изучению законности отдельных финансовых и хозяйственных операций, достоверности бухгалтерского учета и бухгалтерской отчетности в отношении деятельности объекта контроля (медицинской организации) за определенный период. Проверка, как правило, представляет собой единичное контрольное действие или исследование состояния дел на определенном участке деятельности проверяемого субъекта. Проверка затрагивает основные финансовые характеристики его деятельности: выполнение финансовых обязательств, целевое использование полученных бюджетных средств, правильность ведения кассовых операций и т.д. Предметом проверки выступают различные документы: первичные документы, бухгалтерская отчетность, сметы медицинских организаций и иные документы, характеризующие ход правоотношений в области ОМС и бюджетных правоотношений, в рамках которых системе ОМС из бюджета предоставляются денежные средства <68>.

--------------------------------

<68> См. также: Пешкова Х.В. Бюджетное право России: Учебник. 2-е издание, переработанное и дополненное. М., 2017. С. 366.

Под **ревизией**, осуществляемой ФФОМС, понимается комплексная проверка деятельности подконтрольных субъектов, выражающаяся в проведении контрольных действий по документальному и фактическому изучению законности всей совокупности совершенных финансовых и хозяйственных операций, достоверности и правильности их отражения в бюджетной (бухгалтерской) отчетности. Ревизия представляет собой систему контрольных действий по документальной и фактической проверке законности и обоснованности совершенных в ревизуемом периоде финансовых операций, отражающих результаты деятельности медицинских организаций, вовлеченных в систему ОМС. Проведение ревизий основывается на проверке первичных документов, бухгалтерской и статистической отчетности, фактического наличия и использования денежных средств и иных материальных ценностей.

Проверки, ревизии делятся на группы по различным критериям:

- по содержанию (документальные и фактические проверки, ревизии);

- по степени охвата данных (сплошные проверки, ревизии (контроль всех документов и материальных ценностей) и выборочные проверки, ревизии (контролируется не весь объект, а его выборка));

- по организационному признаку (плановые проверки, ревизии (предусмотренные в плане работы соответствующего органа) и внеплановые проверки, ревизии (назначенные в связи с поступлением жалоб и заявлений, требующих безотлагательной проверки)) <69>.

--------------------------------

<69> См. также: Пешкова Х.В. Бюджетное право России: Учебник. 2-е издание, переработанное и дополненное. М., 2017. С. 367 - 368.

Акты ФФОМС, так же как и акты ТФОМС, будучи разновидностью индивидуальных правовых актов, подлежат **обжалованию в судебном порядке**, в силу связи с медицинской деятельностью экономического характера - в порядке **арбитражного судопроизводства**.

Примеры. В рамках дела N А65-13470/2019 было обжаловано решение органа ТФОМС в части восстановления использованных не по целевому назначению денежных средств, штрафа (см. Постановление Арбитражного суда Поволжского округа от 17 марта 2020 г. N Ф06-58794/2020).

Обжалуются также и акты проверок, требования о выполнении обязательств перед фондом (см. Постановление Арбитражного суда Восточно-Сибирского округа от 12 августа 2019 г. N Ф02-2855/2019 по делу N А74-11223/2018, Постановление Арбитражного суда Поволжского округа от 17 марта 2020 г. N Ф06-58794/2020 по делу N А65-13470/2019).

Также в качестве примеров можно назвать Постановление Арбитражного суда Волго-Вятского округа от 22 января 2018 г. N Ф01-5832/2017 по делу N А43-21948/2016; Постановление Арбитражного суда Дальневосточного округа от 11 июля 2019 г. N Ф03-2830/2019 по делу N А73-22024/2018; Постановление Арбитражного суда Западно-Сибирского округа от 15 мая 2019 г. N Ф04-1885/2019 по делу N А45-34117/2018.

Помимо собственно контрольных полномочий ФФОМС наделен и информационными, точнее **информационно-контрольными, полномочиями**: осуществляет контроль над функционированием информационных систем и порядком информационного взаимодействия уполномоченных органов, медицинских организаций в сфере ОМС.

Статья 7.1. Порядок изъятия полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, переданных для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации

Комментарий к статье 7.1

1. Статья 7.1 комментируемого Закона предусматривает своего рода защитный механизм устранения негативной ситуации, когда делегированные органам государственной власти субъектов РФ полномочия Российской Федерации не исполняются (исполняются не должным образом) региональными органами власти. Факты неисполнения указанных полномочий выявляются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и (или) ФФОМС при осуществлении ими контрольных мероприятий и надзора за осуществлением ранее переданных полномочий. В таком случае ранее делегированные полномочия (права и обязанности) могут быть **изъяты по решению Правительства РФ**.

2. Процессуальные правила изъятия делегированных субъектам РФ полномочий детально урегулированы п. п. 2 - 5, 7 ст. 7.1 комментируемого Закона. В общем виде эти правила включают следующие принципиальные положения:

1) уполномоченный федеральный орган исполнительной власти **направляет предписание высшему должностному лицу субъекта РФ** (руководителю высшего исполнительного органа государственной власти субъекта РФ) (о понятии и сущности предписания см. [п. 1 комментария к ст. 7](#Par722)). Закон уточняет требования к содержанию предписания как разновидности индивидуального правового акта. В тексте предписания должны содержаться следующие обязательные пункты информативного содержания: описание выявленных правонарушений, срок для их устранения и срок для уведомления уполномоченного федерального органа исполнительной власти и ФФОМС о принятом по предписанию решении. Срок направления предписания - 20 дней со дня выявленных правонарушений;

2) высшее должностное лицо субъекта РФ (руководитель высшего исполнительного органа государственной власти субъекта РФ) в указанный в предписании срок **уведомляет уполномоченный федеральный орган исполнительной власти и ФФОМС о принятом по предписанию решении**, в том числе о мерах по устранению выявленных нарушений в установленный в предписании срок (п. 3 ст. 7.1 комментируемого Закона);

3) неисполнение или исполнение не в полном объеме предписания, а также повторного предписания влечет **правовые последствия**, предусмотренные п. п. 4, 5 ст. 7.1 комментируемого Закона.

Так, в случае неисполнения или исполнения не в полном объеме предписания уполномоченный федеральный орган исполнительной власти в течение 20 рабочих дней со дня окончания указанного в предписании срока для устранения выявленных нарушений направляет **повторное предписание** высшему должностному лицу субъекта РФ (руководителю высшего исполнительного органа государственной власти субъекта РФ), а также **предложение об отстранении от должности** соответствующих должностных лиц органов государственной власти субъекта РФ и (или) ТФОМС.

Высшее должностное лицо субъекта РФ (руководитель высшего исполнительного органа государственной власти субъекта РФ) в указанный в повторном предписании срок уведомляет уполномоченный федеральный орган исполнительной власти и ФФОМС о принятом решении, в том числе о мерах по устранению выявленных нарушений в установленный срок и о результате рассмотрения предложения об отстранении от должности соответствующих должностных лиц органов государственной власти субъекта РФ и (или) ТФОМС.

3. Изъятие делегированных субъектам РФ полномочий имеет не только правовые организационные последствия, связанные с постановкой вопросов устранения нарушения дисциплины, но и **финансово-правовые последствия**. Со дня вступления в силу решения Правительства РФ об изъятии соответствующих делегированных полномочий у органов государственной власти субъектов РФ:

1) денежные бюджетные средства в виде субвенций из бюджета ФФОМС бюджетам ТФОМС не предоставляются;

2) предоставленные и не использованные до дня вступления в силу указанного решения субвенции подлежат возврату в бюджет ФФОМС (п. 7 ст. 7.1 комментируемого Закона).

Понятие субвенций и особенности их правового режима применительно к сфере ОМС детально рассмотрены в [п. 3 комментария к ст. 6](#Par692).

Введение такого правила в ст. 7.1 комментируемого Закона связано с ужесточением дисциплины не столько "статусной", "служебной", сколько финансовой. Субвенции предоставляются на финансирование делегированных полномочий. В случае отмены делегирования полномочий должны быть возвращены и бюджетные средства, финансово-экономически обеспечивающие реализацию тех или иных прав и обязанностей. Под **финансовой дисциплиной** в данном случае понимается соблюдение предписаний финансово-правовых и связанных с ними актов - как нормативных, так и индивидуальных, принятых в целях урегулирования тех или иных имущественных, экономических вопросов. Как правило, соблюдение финансовой дисциплины обеспечивается привлечением субъектов общественных отношений к юридической ответственности в случае нарушения ими требований законодательства. В рассматриваемом случае, применительно к ст. 7.1 комментируемого Закона, речь идет не об ответственности в охранительном плане, но о своего рода гарантийно-защитном механизме соблюдения предписаний, касающихся содержания статуса задействованных в сфере ОМС субъектов, недопущении невыполнения полномочий, вмененных в обязанности соответствующих субъектов.

4. Полномочия Российской Федерации в сфере ОМС, установленные п. 1 ч. 1 ст. 6 комментируемого Закона, изъятые у органов государственной власти субъектов РФ, осуществляются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (то есть Минздравом России), а полномочия, установленные п. п. 2 - 9 ч. 1 ст. 6 комментируемого Закона, изъятые у органов государственной власти субъектов РФ, осуществляются ФФОМС и (или) ТФОМС в соответствии с решением ФФОМС.

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

Комментарий к статье 8

1. Статья 8 комментируемого Закона закрепляет **перечень полномочий органов государственной власти субъектов РФ**, реализуемых по отношению к сфере ОМС. По своему содержанию и природе предусмотренные ст. 8 комментируемого Закона полномочия органов государственной власти субъектов РФ носят **финансово-правовой характер** в силу их прямой связи с бюджетно-правовым режимом финансово-материальной базы фондов ОМС.

К числу полномочий органов государственной власти субъектов РФ, реализуемых по отношению к сфере ОМС, относятся следующие:

1) уплата страховых взносов на ОМС неработающего населения.

**Уплата страховых взносов на ОМС** неработающего населения как полномочие органов государственной власти субъектов РФ, реализуемое по отношению к сфере ОМС, имеет значение для формирования финансовой, точнее доходной, части бюджета фондов медицинского страхования. Страховые взносы - разновидность доходов бюджета ФФОМС и бюджетов ТФОМС (БК РФ) (подробнее о природе страховых взносов на ОМС говорится в [комментарии к ст. 5](#Par591)). Дополнительные объемы страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой ОМС, подразумевают повышение уровня расходов бюджетов фондов ОМС. И доходы, и расходы этих бюджетов должны быть утверждены в нормативном порядке - в рамках бюджетного процесса;

2) установление в территориальных программах ОМС дополнительных объемов страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой ОМС, а также дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС, а также финансовое обеспечение и реализация территориальных программ ОМС в размере, превышающем размер субвенций, предоставляемых из бюджета ФФОМС бюджетам ТФОМС (подробнее см. [п. 2 комментария к ст. 36](#Par2784));

3) утверждение бюджетов ТФОМС и отчетов об их исполнении.

К числу принципиально значимых полномочий органов государственной власти субъектов РФ в сфере ОМС относится **утверждение бюджетов ТФОМС и отчетов об их исполнении**. Данное полномочие субъектов РФ относится к сфере финансово-правового регулирования бюджетной системы, а именно того ее звена, который относится к региональному уровню. Бюджеты рассматриваемых фондов должны быть обеспечены доходами и расходами как слагаемыми правового режима фондов.

Бюджеты территориальных государственных фондов ОМС входят в состав бюджетов бюджетной системы Российской Федерации, соответственно, на них распространяются требования бюджетного законодательства РФ и принятых в соответствии с ним актов бюджетного законодательства субъектов РФ. Под **бюджетной системой РФ** законодательство понимает основанную на экономических отношениях и государственном устройстве Российской Федерации, регулируемую нормами права совокупность федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ, местных бюджетов и бюджетов государственных внебюджетных фондов (ст. 6 БК РФ).

Бюджеты территориальных государственных фондов ОМС являются разновидностью бюджетов государственных внебюджетных фондов. Бюджеты государственных внебюджетных фондов в составе бюджетной системы РФ - это разновидность целевых фондов, функционирующих относительно обособленно от иных бюджетов бюджетной системы Российской Федерации, созданных с целью финансирования мероприятий и задач, соответствующих содержанию социально-экономической функции государства. БК РФ в ранее действовавшей редакции <70> определял **государственные внебюджетные фонды** как фонды денежных средств, образуемые вне федеральных бюджетов и бюджетов субъектов РФ и предназначенные для реализации конституционных прав граждан на страхование, социальное обеспечение, охрану здоровья и медицинскую помощь. Действующая редакция БК РФ дефиницию данных фондов, соответственно, и их бюджетов не закрепляет. Однако анализ сложившегося к настоящему времени правового режима государственных внебюджетных фондов и их бюджетов свидетельствует, что их правовой режим - его финансово-правовые характеристики - существенно не изменился. Приведенная выше дефиниция не потеряла своей актуальности.

--------------------------------

<70> До принятия Федерального закона от 26 апреля 2007 г. N 63-ФЗ "О внесении изменений в Бюджетный кодекс Российской Федерации в части регулирования бюджетного процесса и приведении в соответствие с бюджетным законодательством Российской Федерации отдельных законодательных актов Российской Федерации".

Таким образом, финансово-правовые основы функционирования территориальных государственных внебюджетных фондов, в том числе территориальных фондов ОМС, охватываются их бюджетами. Согласно ст. 10 БК РФ бюджеты территориальных государственных внебюджетных фондов наряду с федеральным бюджетом, бюджетами субъектов РФ и бюджетами муниципальных образований являются **составной частью бюджетной системы** Российской Федерации. Будучи элементом структуры бюджетной системы, бюджеты территориальных государственных внебюджетных фондов представляют собой бюджетные фонды, отделенные от иных бюджетов в составе бюджетной системы Российской Федерации. Это означает, что бюджеты территориальных государственных внебюджетных фондов ОМС образованы вне бюджетов соответствующих субъектов РФ как основных финансовых фондов субъектов РФ, не входят в их состав. В то же время следует констатировать, что государственные внебюджетные фонды, как федеральные, так и территориальные, не всецело независимы от бюджетов бюджетной системы. В бюджеты государственных внебюджетных фондов могут привлекаться денежные средства из бюджетов бюджетной системы в форме межбюджетных трансфертов из соответствующего бюджета (субвенции, субсидии). Так, в соответствии с бюджетным законодательством конкретного субъекта РФ в бюджет ТФОМС могут направляться бюджетные средства из бюджета соответствующего субъекта РФ, в ведении которого находится соответствующий территориальный фонд. Основания выделения соответствующих ресурсов также отнесены к регулирующим полномочиям органов государственной власти субъектов РФ.

Бюджеты государственных внебюджетных фондов, в том числе территориальных фондов ОМС, имеют правовую форму - утверждаются в рамках бюджетного процесса в форме законодательного акта - в форме **закона соответствующего субъекта РФ**, принимаемого органами законодательной власти субъектов РФ. Законодательство России определяет **бюджетный процесс** как деятельность по составлению и рассмотрению проектов бюджетов, утверждению и исполнению бюджетов, контролю за их исполнением, осуществлению бюджетного учета, составлению, внешней проверке, рассмотрению и утверждению бюджетной отчетности (ст. 6 БК РФ). Особенности понимания бюджетного процесса в российской модели бюджетного устройства заключаются в том, что стадии бюджетного процесса охватывают как законодательную, так и правоприменительную деятельность в связи с формированием и исполнением бюджета, имеющего правовую форму <71>. Осуществление бюджетного процесса относительно бюджетов территориальных государственных внебюджетных фондов, в том числе бюджетов ТФОМС, сходно с правовым режимом бюджетного процесса относительно бюджета Российской Федерации, а также бюджетов субъектов РФ. Это означает, что к утверждению и исполнению, ведению отчетности бюджетов ТФОМС, формированию доходов их бюджетов и осуществлению расходов их бюджетов БК РФ предъявляются такие же требования, как к федеральному и региональному бюджету, доходам и расходам бюджетов других уровней бюджетной системы Российской Федерации.

--------------------------------

<71> См. также: Пешкова Х.В. Теоретико-правовые основы бюджетного устройства государства: Монография. М.: ИНФРА-М, 2017. С. 185 - 191; Она же. Бюджетное устройство государства (российская правовая концепция): дис. ... д-ра юрид. наук. М., 2014. С. 243 - 251.

**Доходы бюджета ТФОМС** образуются за счет:

- страховых взносов (отчислений) хозяйствующих субъектов на ОМС;

- недоимок, пеней и штрафов по взносам в фонды ОМС;

- межбюджетных трансфертов из федерального и регионального бюджетов;

- добровольных взносов юридических и физических лиц и т.д. (ст. 146 БК РФ).

**Расходы бюджета ТФОМС** включают:

- затраты на финансовое обеспечение его задач и функций;

- затраты на текущее функционирование фонда;

- расходы на выполнение целевых программ по оказанию медицинской помощи по ОМС.

ТФОМС функционируют во взаимосвязи со страховыми медицинскими организациями, а также своими филиалами. В ходе исполнения бюджета они предоставляют им бюджетные средства на осуществление территориальной программы ОМС. Эти средства поступают в медицинские учреждения, организации в соответствии с договорами, заключенными со страховыми медицинскими организациями или филиалами ТФОМС. В случае предоставления бюджетных средств фондов ОМС медицинским учреждениям, организациям их деятельность подлежит **контролю**, в том числе на предмет целевого использования денежных ресурсов (на практике получили распространение правонарушения в виде нецелевого использования бюджетных средств данными организациями, о чем свидетельствуют принятые судебные акты по вопросам обжалования актов о привлечении их к ответственности, см., **например**, Постановление Арбитражного суда Волго-Вятского округа от 17 июля 2017 г. N Ф01-2726/2017 по делу N А43-23330/2016; Постановление Арбитражного суда Восточно-Сибирского округа от 23 января 2017 г. N Ф02-6496/2016 по делу N А19-4103/2016; Постановление Арбитражного суда Западно-Сибирского округа от 8 августа 2017 г. N Ф04-2698/2017 по делу N А03-5927/2016; Постановление Арбитражного суда Волго-Вятского округа от 16 октября 2019 г. N Ф01-5071/2019 по делу N А29-7190/2018; Постановление Арбитражного суда Восточно-Сибирского округа от 16 января 2019 г. N Ф02-6272/2018 по делу N А74-3236/2018). Контроль над исполнением бюджетов государственных внебюджетных фондов, использованием их бюджетных средств осуществляется органами, обеспечивающими контроль над исполнением бюджетов бюджетной системы, в порядке, установленном для соответствующих бюджетов.

Наличие в Российской Федерации ТФОМС, наделенных самостоятельными бюджетами, выражает тенденцию расширения бюджетной системы государства, выведения ее юридических основ на региональный уровень.

Систематизация и анализ судебных актов свидетельствуют о наличии немалого количества споров в связи с реализацией финансово-правовой составляющей правового статуса органов государственной власти субъектов РФ в сфере ОМС, например, в связи со своевременной уплатой страховых взносов на ОМС, а также целевым использованием денежных средств ТФОМС.

2. Состав полномочий, закрепленных ст. 8 комментируемого Закона, носит **ограниченный характер**, которому должны следовать органы государственной власти субъектов РФ в ходе реализации региональной компетенции на упорядочение тех или иных вопросов, вступление в те или иные отраслевые общественные отношения. Это объясняется необходимостью соблюдать жесткие ограничения Конституции РФ по отношению к разграничению предметов ведения Российской Федерации и субъектов РФ. Иными словами, положения Конституции РФ первично определяют состав полномочий Российской Федерации и субъектов РФ применительно к различным сферам общественных отношений. Так, например, анализируя конституционные нормы применительно к комментируемому Закону, заметим, что в соответствии со ст. 71 Конституции РФ финансовое регулирование относится к предмету ведения Российской Федерации, что означает приоритетность положений именно нормативных правовых актов, принятых на федеральном уровне, перед положениями нормативных правовых актов субъектов РФ. Соответственно, на уровне федерального законодательства, а именно настоящим Федеральным законом (абз. 4 ст. 8), закрепляется правило, согласно которому полномочия по "финансовому обеспечению и реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в размере, превышающем размер субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов" предоставлены органам государственной власти субъектов РФ. Как следствие, органы государственной власти субъектов РФ не вправе отказаться от нормативного закрепления в региональных нормативных правовых актах (в целях детализации) и последующей реализации такого полномочия, которым они наделены в соответствии с законодательством Российской Федерации. Наряду с этим органы государственной власти субъектов РФ не вправе реализовать иные полномочия, не предусмотренные ст. 8 комментируемого Закона, т.е. выходящие за круг их предметов ведения и полномочий, соответствующий конституционному подходу к разграничению предметов ведения и полномочий Российской Федерации и субъектов РФ.

Глава 3. СУБЪЕКТЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

И УЧАСТНИКИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

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

Комментарий к статье 9

1. Комментируемая статья определяет две группы лиц, с которыми настоящий Федеральный закон связывает ОМС. Первая группа - это **субъекты ОМС**, вторая - **участники ОМС**. Отсюда можно сделать выводы о двух группах отношений, регулируемых комментируемым Законом (подробнее см. [комментарий к ст. 1](#Par90)).

Комментируемый Закон регулирует две группы отношений: отношения **по** ОМС и отношения, **связанные** с ОМС. К участникам первой группы отношений Законом отнесены застрахованные лица, страхователи, ФФОМС (это субъекты ОМС). Участниками второй группы отношений являются ТФОМС, страховые медицинские организации, медицинские организации (комментируемым Законом они определены как участники отношений по ОМС).

Следует, однако, отметить, что две названные группы отношений прямо в комментируемом Законе не названы, но участники этих отношений достаточно жестко разделены в ст. 9 и последующих статьях комментируемого Закона. При этом разделение участников лишь по названию, а не по тем отношениям, в которых они участвуют, является неудачным. **С одной стороны,** субъекты ОМС явно являются участниками ОМС, в связи с чем неясна принципиальная разница между теми, кто указан в ч. 1 и ч. 2 ст. 9 комментируемого Закона. **С другой** - субъекты и участники ОМС (как они названы и разделены в комментируемой статье) различаются именно тем, что участвуют в различных отношениях, иначе какое бы то ни было деление вообще не имело бы смысла.

Вместе с тем во избежание путаницы далее участники различных отношений будут называться и распределяться по группам так, как это предложено в действующей редакции комментируемого Закона. В общем же можно сказать, что отношения с участием субъектов ОМС (ч. 1 комментируемой статьи) - это отношения по предоставлению страховой защиты застрахованным лицам, а отношения с участием участников ОМС (ч. 2 комментируемой статьи) - это отношения по непосредственному оказанию медицинской помощи (исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая) и по ее оплате медицинской организации, а также контролю и надзору за качеством и стоимостью оказанной медицинской помощи.

**Субъектов страховых отношений** (а вслед за этим и субъектов страховых правоотношений) **принято делить на две группы**. В первую группу субъектов (их также называют сторонами страховых отношений или сторонами договоров страхования) входят страховщик и страхователь. Ко второй группе субъектов относят выгодоприобретателя и застрахованное лицо <72>. В литературе вопрос о субъектах страховых правоотношений является спорным: во-первых, не все ученые соглашаются с подобным делением <73>, а, во-вторых, относительно самих понятий субъектов страхового правоотношения имеются самые разные точки зрения. При этом если говорить об ОМС, то выгодоприобретатель в отношениях по ОМС не выделяется.

--------------------------------

<72> См.: Белых В.С., Кривошеев И.В., Митричев И.А. Страховое право России: учеб. пособие / отв. ред. В.С. Белых. 3-е изд. перераб. и доп. М.: Норма, 2009. С. 89.

<73> А.И. Худяков считает, что выгодоприобретатель и застрахованное лицо не являются субъектами страховых правоотношений, и относит их к участникам страховых правовых отношений. Худяков А.И. Страховое право. СПб.: Юридический центр Пресс, 2004. С. 248.

2. Отношения между **субъектами ОМС** основываются на законодательстве. Как следует из норм комментируемого Закона, не предусмотрено заключение каких-либо договоров между этими субъектами.

Однако неверно было бы говорить, что отношения между субъектами ОМС регулируются исключительно только законом (см. [комментарий к ст. 1](#Par90)). Отношения между этими участниками или **договорные**, или **основаны на законе при условии наличия договора определенного вида**. Судебная практика подтверждает изложенное толкование п. 9 ч. 1 комментируемой статьи.

Пример. Б.Ю. обратился в суд с иском к МБУЗ "Видновская районная клиническая больница" о возмещении вреда, причиненного здоровью, ссылаясь на то, что скорая помощь доставила его в кардиологическое отделение МБУЗ "ВРКБ", где ему была оказана медицинская помощь, позднее он был переведен в общий отдел кардиологии для дальнейшего реабилитационного лечения. Через три дня почувствовал сильную боль за грудиной и слабость, потеряв сознание, упал, получив тяжелые травмы внутренних органов, после чего был срочно прооперирован. Полагал, что падение и получение тяжелых травм внутренних органов произошли по вине лечащего врача кардиологического отделения, который не определил постельный режим и не назначил соответствующий курс лечения.

Отменяя решения судов первой и апелляционной инстанций, отказавших истцу в удовлетворении исковых требований, кассационная инстанция указала, что возникшие между сторонами правоотношения регулируются не только нормами ГК РФ, но и положениями комментируемого Закона, регламентирующего реализацию прав граждан на бесплатное оказание медицинской помощи за счет средств ОМС. При обращении за медицинской помощью в рамках программы ОМС гражданин имеет статус **выгодоприобретателя по договору ОМС**, который по своей сути является договором в пользу третьего лица (ст. 430 ГК РФ), основное содержание которого заключается в том, что медицинская организация обязуется оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы ОМС, а страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой ОМС. Это значит, что медицинская организация (больница, поликлиника, центр и т.п.) оказывает застрахованному по ОМС гражданину медицинскую помощь, а страховая медицинская организация (компания, общество и т.п.) оплачивает эту работу (помощь) по установленным нормативам. В связи с этим, имея статус выгодоприобретателя, застрахованный гражданин, обратившийся в медицинскую организацию, вправе требовать от нее предоставления медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям страхового договора, и в силу п. 9 ч. 1 ст. 16 комментируемого Закона имеет право на возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи.

Также суды не учли разъяснения, содержащиеся в п. 9 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 28 июня 2012 г. N 17 "О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей", в соответствии с которыми к отношениям по предоставлению гражданам медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями в рамках как добровольного, так и обязательного медицинского страхования, применяется законодательство о защите прав потребителей (подробнее см. Постановление Президиума Московского областного суда от 30 марта 2016 г. N 115 по делу N 44г-47/2016).

2.1. Часть 1 комментируемой статьи первым **субъектом ОМС** называет **застрахованных лиц**. Это обусловлено тем, что ОМС, как часть социального страхования, направлено в первую очередь на защиту прав и законных интересов застрахованных лиц, то есть тех, кому предоставляются гарантии оказания бесплатной медицинской помощи.

Определению правового статуса застрахованного лица посвящена отдельная статья настоящего Федерального закона - ст. 10 (см. [комментарий к ст. 10](#Par897)).

Понятие застрахованного лица в теории страхования и страхового права является спорным и неоднозначным.

**Во-первых,** споры ведутся относительно того, может ли фигура застрахованного лица быть в отношениях и правоотношениях по имущественному страхованию. Однако данные споры не имеют отношения к ОМС, поскольку последнее является разновидностью личного страхования. В настоящее время нет ни одного ученого, который бы относил ОМС к имущественному страхованию.

**Во-вторых,** споры в части застрахованных лиц ведутся по соотношению их с фигурами страхователя и выгодоприобретателя. Здесь высказываются следующие полярные позиции: некоторые ученые не считают застрахованных лиц ни страхователями, ни выгодоприобретателями <74>; другие, наоборот, считают, что застрахованные лица могут быть или страхователями <75>, или выгодоприобретателями <76>.

--------------------------------

<74> См.: Комментарий к Гражданскому кодексу Российской Федерации. Часть вторая (постатейный) / под ред. А.П. Сергеева, Ю.К. Толстого. М., 2003. С. 707.

<75> См.: Шихов А.К. Страховое право. М., 2003. С. 17.

<76> См. Абрамов В.Ю. Третьи лица в страховании. М., 2003. С. 55. Примечательно, что В.Ю. Абрамов считает, что застрахованное лицо может быть как страхователем, так и третьим лицом, но при этом всегда отождествляет застрахованное лицо с выгодоприобретателем.

**В-третьих,** из вышеперечисленного вытекают споры по определению застрахованного лица. А.И. Худяковым было высказана позиция, что застрахованное лицо - это третье лицо, предусмотренное в договоре страхования, определенное событие в жизни (для личного страхования) или материальное положение (для имущественного страхования) которого выступает в качестве юридического факта (страхового случая), порождающего обязанность страховщика по страховой выплате <77>.

--------------------------------

<77> См.: Худяков А.И. Страховое право. СПб.: Юридический центр Пресс, 2004. С. 287.

Легальное определение застрахованного лица, приведенное в п. 7 ст. 3 комментируемого Закона, ограничивает круг застрахованных лиц исключительно физическими лицами. При этом не имеют значения дееспособность, гражданство (с учетом оговорки ст. 10) или имущественное положение такого лица.

Застрахованное лицо в ОМС, безусловно, является **выгодоприобретателем**, полностью совпадая с ним (как с фигурой страховых отношений), потому что страховое обеспечение направлено исключительно на застрахованных лиц, только они получают необходимую медицинскую помощь, а не страхователи. Конечно, как физическое лицо застрахованное лицо может совпасть со страхователем, например, если страхователь является индивидуальным предпринимателем. Однако это не означает, что как субъект (сторона) отношений страхователь является застрахованным лицом. Дело в том, что здесь действует такой признак страховых взносов на ОМС, как обезличенный характер таких платежей. Фонд ОМС не является персонифицированным, и объем необходимой медицинской помощи, которая понадобится такому физическому лицу, не связан с произведенными страховыми взносами на ОМС.

2.2. В п. 2 ч. 1 комментируемой статьи в качестве второго **субъекта ОМС** указан **страхователь**. Согласно определению, содержащемуся в п. 1 ст. 5 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ", страхователями признаются юридические лица и дееспособные физические лица, заключившие со страховщиками договоры страхования либо являющиеся страхователями в силу закона.

Для страхователей в ОМС установлен ряд особенностей, которые значительно отличают данного субъекта страховых отношений по ОМС от страхователей в иных видах страхования.

**Во-первых,** круг страхователей описывается в ст. 11 комментируемого Закона и значительно отличается от того круга лиц, который можно вывести из определения п. 1 ст. 5 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ" (см. [комментарий к ст. 11](#Par1013)).

**Во-вторых,** нормами права, как правило, устанавливаются определенные требования к фигуре страхователя в зависимости от тех правоотношений, в которых он участвует. Например, при страховании имущества в соответствии со ст. 930 ГК РФ страхователь должен иметь интерес в сохранении этого имущества.

Однако в части интереса необходимо отметить, что страхователь ОМС не имеет какого-либо интереса в страховании. Иногда говорится, что страховой интерес от страхователя ОМС перенесен на застрахованное лицо, но это не так. Застрахованное лицо не имеет своего выраженного интереса в ОМС, более того, личные интересы такого лица могут быть прямо противоположны. Например, застрахованное лицо может специально отказываться от медицинской помощи, которая ему оказывается в рамках ОМС.

**В-третьих,** страхователя в ОМС нельзя назвать покупателем страховой услуги, как иногда их именуют ученые, применительно к страхователям в иных отношениях <78>. Страхователь в ОМС не получает страховой защиты своих интересов, не может получить страховую выплату.

--------------------------------

<78> См., например: Гомелля В.Б. Основы страхового дела. М., 1998. С. 15.

2.3. Последним среди **субъектов** в п. 3 ч. 1 комментируемой статьи упомянут **Федеральный фонд** (ФФОМС). Следует отметить, что тем самым законодатель при построении данной нормы нарушил, с одной стороны, логику самой ч. 1 комментируемой статьи, поскольку до этого в статье указывались участники страховых отношений (правоотношений) и логическим продолжением перечисления застрахованного лица, страхователей было бы указание "страховщик", а не ФФОМС. С другой стороны, имеется определенная путаница с п. 2 ч. 2 комментируемой статьи, в котором говорится про страховые медицинские организации. При этом ст. 12 комментируемого Закона, которая так и называется "Страховщик", как раз посвящена ФФОМС.

Вместе с тем с понятием страховщика в теории страхового права не все однозначно.

На данный момент в законодательстве содержится два разных определения страховщика. В абз. 1 п. 1 ст. 6 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ" приводится такое определение: **страховщик** - это страховые организации и общества взаимного страхования, созданные в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию, перестрахованию, взаимному страхованию и получившие лицензии на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном Законом РФ "Об организации страхового дела в РФ" порядке. Существенно отличается от приведенного определение страховщика, содержащееся в ст. 938 ГК РФ: в качестве **страховщиков** договоры страхования могут заключать юридические лица, имеющие разрешения (лицензии) на осуществление страхования соответствующего вида. Таким образом, для определения того, является ли данное лицо субъектом страхового дела, необходимо обратиться к нормам Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ", а для определения, является ли лицо страховщиком, - к ст. 938 ГК РФ.

В то же время, поскольку ФФОМС не получал лицензию на занятие страхованием, согласно буквальному толкованию п. 1 ст. 6 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ" его нельзя считать страховщиком. Аналогично обстоит дело и с буквальным толкованием ст. 938 ГК РФ. Таким образом, ФФОМС нельзя считать страховщиком в традиционном смысле.

ФФОМС не подпадает и под описательное определение страховщика, которое содержится в п. 2 ст. 6 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ". Так, страховщики при осуществлении страховой деятельности, и будучи страховщиками по договору страхования, совершают следующие действия: осуществляют оценку страхового риска, получают страховые премии (страховые взносы), формируют страховые резервы, инвестируют активы, определяют размер убытков или ущерба, производят страховые выплаты, осуществляют иные связанные с исполнением обязательств по договору страхования действия.

Из анализа ст. ст. 12, 13, 14 комментируемого Закона (см. [комментарий к ст. ст. 12](#Par1130), [13](#Par1154), [14](#Par1186)) следует, что ФФОМС не осуществляет все перечисленные в п. 2 ст. 6 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ" действия, характерные для страховщика. Более того, ФФОМС не заключает договор ОМС.

3. В ч. 2 комментируемой статьи перечислены **участники ОМС**, которые, как уже говорилось, являются субъектами отношений, связанных с ОМС, то есть отношений по непосредственному оказанию медицинской помощи и по ее оплате медицинской организации, а также контролю и надзору за качеством и стоимостью оказанной медицинской помощи в рамках системы ОМС.

3.1. Часть 2 комментируемой статьи начинается указанием первого **участника ОМС** - **ТФОМС**. Наличие ТФОМС в системе отношений ОМС может показаться излишним: ведь есть ФФОМС, есть страховые медицинские организации. Однако система гарантий оказания бесплатной медицинской помощи состоит из двух частей: части, основанной на базовой программе ОМС, и части, основанной на территориальной программе ОМС. Поэтому, а также потому, что законодательство об охране здоровья граждан находится в совместном ведении Российской Федерации и субъектов РФ, ТФОМС включен в состав участников ОМС. Более подробно правовой статус ТФОМС рассмотрен в отдельной статье (см. [комментарий к ст. 13](#Par1154)).

3.2. В п. 2 ч. 2 комментируемой статьи вторым **участником ОМС** названы **страховые медицинские организации**. Данное название отражает, с одной стороны, связь таких организаций с оказанием медицинской помощи, а с другой стороны, подчеркивает, что они участвуют в страховании. Как следует из ч. 1 ст. 14 комментируемого Закона, страховые медицинские организации осуществляют отдельные полномочия страховщика в ОМС.

Более подробно правовой статус страховых медицинских организаций рассмотрен в отдельной статье настоящего Федерального закона - ст. 14 (см. [комментарий к ст. 14](#Par1186)).

3.3. В п. 3 ч. 2 комментируемой нормы в качестве последнего **участника ОМС** указаны **медицинские организации**.

Понятие медицинских организаций как участников ОМС основывается на определениях медицинских организаций, приведенных в п. 11 ст. 2 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" и в ч. 1 ст. 15 комментируемого Закона, хотя между ними имеются значительные различия. Более подробно правовое положение медицинских организаций рассмотрено в отдельной статье настоящего Федерального закона - ст. 15 (см. [комментарий к ст. 15](#Par1374)).

Таким образом, из перечня лиц, указанных в ч. 1 и 2 ст. 9 комментируемого Закона, медицинские организации не вступают в отношения только со страхователями и ФФОМС (напрямую).

4. Отдельно следует упомянуть, что в комментируемой статье не названы **налоговые органы**, которые осуществляют постановку страхователей на учет для целей ОМС, а также являются администраторами страховых взносов на ОМС. Представляется, что их следует относить к специфическим участникам отношений по ОМС, выступающим на стороне страховщиков.

Статья 10. Застрахованные лица

Комментарий к статье 10

1. Комментируемая статья посвящена определению **застрахованных лиц**. При рассмотрении ее совместно со ст. 16 комментируемого Закона устанавливается правовой статус данного субъекта ОМС.

Часть 1 комментируемой статьи разделяет застрахованных лиц на две большие группы:

- лица, которые работают у страхователей;

- лица, которые не работают.

К первой группе отнесены лица, указанные в п. п. 1, 2, 3, 4 комментируемой нормы. К группе неработающих лиц отнесены субъекты, указанные в п. 5 комментируемой статьи. Разница между этими группами влияет лишь на определение страхователя, но не может затрагивать объем прав застрахованных лиц.

2. Как уже говорилось в [комментарии к ч. 1 ст. 9](#Par855) комментируемого Закона, застрахованное лицо в ОМС можно определить как физическое лицо, определенное событие в жизни которого, связанное с необходимостью получения медицинской помощи, выступает в качестве юридического факта страхового случая, порождающего обязанность страховщика по страховой выплате (страховому обеспечению).

Также в [комментариях к ст. ст. 4](#Par458) и [9](#Par837) упоминалось, что следует различать застрахованных лиц в ОМС вообще (то есть застрахованных лиц, на которых распространяется базовая программа ОМС), и застрахованных лиц по территориальным программам ОМС. Указанное различие в комментируемой ч. 1 ст. 10 не проведено и из ее содержания не очевидно. Различие между застрахованными лицами по тем территориальным программам ОМС, которые на них распространяются, проводится на основании места оказания им медицинской помощи.

В этом нет дискриминации, поскольку, во-первых, законодательство об охране здоровья граждан отнесено к совместному ведению Российской Федерации и субъектов РФ и естественно, что такое законодательство будет различным для каждого субъекта, а во-вторых, определение мероприятий в рамках территориальной программы ОМС зависит от бюджета субъекта РФ, который также различен.

3. Законодатель при определении лиц, которые могут считаться застрахованными лицами в ОМС, использует подход простого перечисления. При этом прямо указывается, что застрахованными лицами могут быть и граждане РФ, и постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, и лица без гражданства, а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с ФЗ "О беженцах". В связи с подобным перечислением закономерен вопрос о разнице в правовом статусе застрахованных лиц в зависимости от их гражданства и статусе, который предусмотрен в ОМС для высококвалифицированных специалистов и членов их семей, а также иностранных граждан, осуществляющих в Российской Федерации трудовую деятельность в соответствии со ст. 13.5 ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в РФ".

Таким образом, обобщая изложенное, следует выделить две классификации застрахованных лиц.

**Первая классификация** - в зависимости от принадлежности к гражданству России и других стран:

1) граждане России;

2) иностранные граждане;

3) лица без гражданства;

4) иностранные граждане, являющиеся высококвалифицированными специалистами и членами их семей, а также иностранные граждане, осуществляющие в Российской Федерации трудовую деятельность в соответствии со ст. 13.5 ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в РФ";

5) лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с ФЗ "О беженцах".

**Вторая классификация** - это деление застрахованных лиц по отношению к работе:

1) работающие лица. Данная группа лиц включает в себя несколько групп, разделяемых по форме занятости:

- работающие по трудовому договору или гражданско-правовому договору, предметом которого являются выполнение работ, оказание услуг, по договору авторского заказа, а также авторы произведений, получающие выплаты и иные вознаграждения по договорам об отчуждении исключительного права, издательским лицензионным договорам, лицензионным договорам о предоставлении права использования произведения науки, литературы, искусства;

- самостоятельно обеспечивающие себя работой;

- являющиеся членами крестьянских (фермерских) хозяйств;

- являющиеся членами семейных (родовых) общин коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, проживающие в местах их традиционного проживания и традиционной хозяйственной деятельности и осуществляющие традиционную хозяйственную деятельность;

2) неработающие лица:

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

- неработающие пенсионеры независимо от основания назначения пенсии;

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

- безработные граждане, зарегистрированные в соответствии с законодательством о занятости;

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

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

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

4. Каждая из данных классификаций может быть исследована отдельно.

4.1. Первая классификация - это классификация застрахованных лиц в ОМС в зависимости от **принадлежности к гражданству России и других стран**.

4.1.1. Для **граждан России** комментируемым Законом не установлено каких-либо особенностей и (или) оговорок при получении страхового обеспечения по ОМС.

4.1.2. **Иностранные граждане и лица без гражданства** (застрахованные лица, указанные в [п. п. 2](#Par911) и [3](#Par912) данной классификации) будут рассматриваться совместно, поскольку это допустимо в силу п. 2 ст. 2 ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в РФ", а комментируемым Законом для лиц без гражданства не устанавливается специальных правил, отличающихся от правил, установленных для иностранных граждан.

**Во-первых,** необходимо отметить, что в соответствии со ст. 4 ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в РФ" иностранные граждане пользуются в Российской Федерации правами и несут обязанности наравне с гражданами РФ, за исключением случаев, предусмотренных федеральным законом. То есть, в общем, положение иностранцев - застрахованных лиц в ОМС аналогично положению граждан России - застрахованных лиц, если исключение из такого статуса не установлено федеральным законом. В теории и практике считается, что ч. 1 ст. 10 комментируемого Закона содержит исключения, упомянутые в ст. 4 ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в РФ".

Так, отмечается, что правом на ОМС, то есть на бесплатное оказание медицинской помощи в рамках ОМС, обладают лишь те иностранцы (лица без гражданства), которые постоянно или временно проживают на территории России. **Временно проживающими иностранными гражданами** считаются лица, получившее разрешение на временное проживание (на три года), то есть имеющие подтверждение права временно проживать в России до получения вида на жительство, оформленное в виде отметки в документе, удостоверяющем личность иностранного гражданина (в форме электронного документа). **Постоянно проживающий на территории России иностранный гражданин** - это лицо, получившее вид на жительство, то есть имеющее документ, подтверждающий право на постоянное проживание в РФ, а также право на свободный выезд из РФ и въезд в РФ (см. ст. ст. 2, 6, 8 ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в РФ").

Данное право указанных категорий иностранных граждан подтверждается п. 4 Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории РФ, утв. Постановлением Правительства РФ от 6 марта 2013 г. N 186, в соответствии с которым иностранные граждане, являющиеся застрахованными лицами в соответствии комментируемым Законом, имеют право на бесплатное оказание медицинской помощи в рамках ОМС.

**Во-вторых,** комментируемая статья выделяет иностранных граждан, которые прибыли на территорию России временно для осуществления трудовой деятельности. Здесь также выделяются различные категории:

- иностранные работники, прибывшие в Россию в визовом порядке. Указанные лица должны иметь договор (полис) добровольного медицинского страхования либо иметь право на получение медицинской помощи на основании заключенного работодателем или заказчиком работ (услуг) с медицинской организацией договора о предоставлении иностранному работнику платных медицинских услуг. Каждый из упомянутых договоров должен обеспечивать оказание иностранному работнику первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме (п. 10 ст. 13 ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в РФ");

- иностранные работники, прибывшие в Россию в безвизовом порядке. Требования к медицинскому страхованию указанных работников аналогичны тем, которые установлены для работников, прибывших в обычном визовом порядке (см. подп. 4 п. 2 ст. 13.3 ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в РФ");

- иностранные работники - высококвалифицированные специалисты. Указанные работники, а также члены их семей, являющиеся иностранными гражданами, должны иметь действующий на территории РФ договор (полис) медицинского страхования либо должны иметь право на основании соответствующего договора, заключенного работодателем или заказчиком работ (услуг) с медицинской организацией, на получение первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи. Перечисленные гарантии получения медицинской помощи являются обязательным условием заключенного с высококвалифицированными специалистами трудового договора или существенным условием соответствующего гражданско-правового договора на выполнение работ или оказание услуг (см. п. 14 ст. 13.2 ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в РФ");

- иностранные работники, прибывшие на работу в расположенные на территории РФ филиалы, представительства и дочерние организации иностранных коммерческих организаций, зарегистрированных на территориях государств - членов Всемирной торговой организации. Указанные граждане должны иметь право на основании соответствующего договора, заключенного работодателем с медицинской организацией, на получение первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи (п. 6 ст. 13.5 ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в РФ").

Как видно, общим для всех перечисленных категорий иностранных граждан, прибывших на работу в Россию, является то, что **положения ОМС на них не распространяются**. Медицинская помощь им предоставляется или на основании полиса добровольного медицинского страхования, или на основании договора между их работодателем и соответствующей медицинской организацией.

В то же время упомянутые специальные Правила оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории РФ, утв. Постановлением Правительства РФ от 6 марта 2013 г. N 186, предусматривают, что:

1) **медицинская помощь в экстренной форме** при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, оказывается иностранным гражданам медицинскими организациями бесплатно;

2) **скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь** оказывается иностранным гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения указанная медицинская помощь оказывается иностранным гражданам **бесплатно**. Отсюда следует, что частные медицинские организации (не входящие в системы государственного и муниципального здравоохранения) не оказывают скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь бесплатно.

Упоминание же высококвалифицированных специалистов и иностранных работников, прибывших на работу в расположенные на территории России филиалы, представительства и дочерние организации иностранных коммерческих организаций, зарегистрированных на территориях государств - членов ВТО, в ст. 10 комментируемого Закона связано лишь с тем, что период работы таких работников может быть значительным, но сам факт длительного пребывания в России не делает их застрахованными по ОМС.

**В-третьих,** существуют категории иностранных граждан, которые по своему положению приравниваются к гражданам России (см. [комментарий к ст. 2](#Par233)). Так, граждане государств - членов Договора о Евразийском экономическом союзе, подписанного в г. Астане 29 мая 2014 г. (граждане Армении, Белоруссии, Кыргызстана, Казахстана), в соответствии с п. 4 Приложения N 30 к указанному Договору имеют право на получение бесплатной скорой медицинской помощи (в экстренной и неотложной формах) в том же порядке и на тех же условиях, что и граждане России. Скорая медицинская помощь (в экстренной и неотложной формах) оказывается трудящимся государств-членов и членам их семей медицинскими организациями (учреждениями здравоохранения) государственной и муниципальной систем здравоохранения государства трудоустройства бесплатно, независимо от наличия медицинского страхового полиса.

Таким образом, указанным работникам-иностранцам, которые являются гражданами государств - членов ЕврАзЭС, даже несмотря на то, что они являются временно пребывающими в Российской Федерации гражданами, подлежат выдаче полисы ОМС (см. [комментарий к ст. 46](#Par3963)), а медицинская помощь таким гражданам оказывается бесплатно в соответствии с Правилами ОМС.

4.1.3. В комментируемой статье к числу застрахованных лиц в ОМС относятся лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с ФЗ "О беженцах".

Согласно пп. 7 п. 1 ст. 8 ФЗ "О беженцах" **беженцы** имеют право на медицинскую и лекарственную помощь наравне с гражданами РФ в соответствии с ФЗ "О беженцах", другими федеральными законами и иными нормативными правовыми актами РФ, если иное не предусмотрено международными договорами РФ.

В соответствии с подп. 1 п. 1 ст. 1 ФЗ "О беженцах" **беженец** - это лицо, которое не является гражданином РФ и которое в силу вполне обоснованных опасений стать жертвой преследований по признаку расы, вероисповедания, гражданства, национальности, принадлежности к определенной социальной группе или политических убеждений находится вне страны своей гражданской принадлежности и не может пользоваться защитой этой страны или не желает пользоваться такой защитой вследствие таких опасений; или, не имея определенного гражданства и находясь вне страны своего прежнего обычного местожительства в результате подобных событий, не может или не желает вернуться в нее вследствие таких опасений. К членам семьи беженца относят лиц, состоящих с ним в родстве и прибывших с ним. Статус беженца распространяется и на них.

Указанные права беженцы и члены их семей приобретают с момента получения свидетельства о статусе беженца.

4.2. Вторая рассматриваемая классификация застрахованных лиц в ОМС связана с **делением застрахованных лиц по отношению к работе**. При этом первая группа лиц - работающие лица - также делится на разные подгруппы в зависимости от формы занятости.

4.2.1. В первую группу работающих лиц включены следующие подгруппы работающих лиц:

- **работающие по трудовому договору** (п. 1 ч. 1 комментируемой статьи). Согласно ст. 56 ТК РФ **трудовой договор** - соглашение между работодателем и работником, в соответствии с которым работодатель обязуется предоставить работнику работу по обусловленной трудовой функции, обеспечить условия труда, предусмотренные трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, коллективным договором, соглашениями, локальными нормативными актами и данным соглашением, своевременно и в полном размере выплачивать работнику заработную плату, а работник обязуется лично выполнять определенную этим соглашением трудовую функцию в интересах, под управлением и контролем работодателя, соблюдать правила внутреннего трудового распорядка, действующие у данного работодателя;

- **работающие по гражданско-правовому договору**, предметом которого являются выполнение работ или оказание услуг (п. 1 ч. 1 комментируемой статьи). В соответствии с положениями п. 1 ст. 702 ГК РФ по **договору подряда** одна сторона (подрядчик) обязуется выполнить по заданию другой стороны (заказчика) определенную работу и сдать ее результат заказчику, а заказчик обязуется принять результат работы и оплатить его. Согласно п. 1 ст. 779 ГК РФ по **договору возмездного оказания услуг** исполнитель обязуется по заданию заказчика оказать услуги (совершить определенные действия или осуществить определенную деятельность), а заказчик обязуется оплатить эти услуги. Особенностью указанных договоров, отличающей их от трудовых, является нацеленность на результат. В трудовом же договоре работник подчиняется внутреннему трудовому распорядку, выполняет распоряжения работодателя, несет дисциплинарную ответственность;

- **работающие по договору авторского заказа**, а также авторы произведений, получающие выплаты и иные вознаграждения по договорам об отчуждении исключительного права, издательским лицензионным договорам, лицензионным договорам о предоставлении права использования произведения науки, литературы, искусства (п. 1 ч. 1 комментируемой статьи). Все перечисленные договоры являются гражданско-правовыми договорами.

4.2.2. Во вторую группу данной классификации входят **лица, самостоятельно обеспечивающие себя работой** (п. 2 ч. 1 комментируемой статьи). Перечень данных лиц в приведенной норме раскрывается следующим образом:

- индивидуальные предприниматели;

- адвокаты;

- медиаторы;

- частнопрактикующие нотариусы;

- арбитражные управляющие;

- оценщики;

- патентные поверенные;

- физические лица, применяющие специальный налоговый режим "Налог на профессиональный доход";

- физические лица, поставленные на учет налоговыми органами в соответствии с п. 7.3 ст. 83 НК РФ;

- иные лица, занимающиеся в установленном законодательством Российской Федерации порядке частной практикой.

Как видно, в действующей редакции п. 2 ч. 1 комментируемой статьи правильно и полно отражаются лица, указанные в п. 2 ч. 1 ст. 11 комментируемого Закона, то есть законодателем устранена конкуренция между этими нормами. Также устраняется противоречие между нормами комментируемого Закона, ранее не включавшими медиаторов, оценщиков, патентных поверенных в число страхователей, и НК РФ, регулирующим вопросы учета плательщиков страховых взносов, в котором указанные лица упоминались (см. предыдущую редакцию ст. 10 и 11 комментируемого Закона).

Указанных лиц объединяет то, что в ОМС они одновременно являются страхователями и застрахованными лицами. Более подробно лица, указанные в комментируемом пункте, будут рассмотрены в [комментарии к п. 2 ч. 1 ст. 11](#Par1083).

4.2.3. В третью группу рассматриваемой классификации входят **лица, являющиеся членами крестьянских (фермерских) хозяйств** (п. 3 ч. 1 комментируемой статьи).

В соответствии с п. 1 ст. 1 ФЗ "О крестьянском (фермерском) хозяйстве" **крестьянское (фермерское) хозяйство** представляет собой объединение граждан, связанных родством и (или) свойством, имеющих в общей собственности имущество и совместно осуществляющих производственную и иную хозяйственную деятельность (производство, переработку, хранение, транспортировку и реализацию сельскохозяйственной продукции), основанную на их личном участии. Вкратце признаками крестьянского (фермерского) хозяйства являются: объединение граждан, связанных родством и (или) свойством; принадлежность имущества крестьянского (фермерского) хозяйства его членам на праве общей совместной собственности; личное совместное участие членов крестьянского (фермерского) хозяйства в деятельности, связанной с сельским хозяйством.

Согласно п. 2 ст. 3 ФЗ "О крестьянском (фермерском) хозяйстве" члены крестьянского (фермерского) хозяйства делятся на две группы:

1) супруги, их родители, дети, братья, сестры, внуки, а также дедушки и бабушки каждого из супругов, но не более чем из трех семей. Дети, внуки, братья и сестры членов фермерского хозяйства могут быть приняты в члены фермерского хозяйства по достижении ими возраста шестнадцати лет;

2) граждане, не состоящие в родстве с главой фермерского хозяйства. Максимальное количество таких граждан не может превышать пяти человек.

Общими признаками членов крестьянского (фермерского) хозяйства являются:

- наличие статуса физического лица;

- достижение такими лицами возраста 16 лет;

- наличие отношений родства или свойства у членов крестьянского (фермерского) хозяйства. Количество граждан, не состоящих в родстве с главой фермерского хозяйства, не может превышать 5 человек;

- наличие заключенного соглашения о создании крестьянского (фермерского) хозяйства (п. п. 2 и 3 ст. 4 ФЗ "О крестьянском (фермерском) хозяйстве").

4.2.4. В четвертую группу данной классификации входят лица, являющиеся членами **семейных (родовых) общин коренных малочисленных народов** Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ, проживающие в местах их традиционного проживания и традиционной хозяйственной деятельности и осуществляющие традиционную хозяйственную деятельность (п. 4 ч. 1 комментируемой статьи).

Указанная группа лиц вводится в соответствии с положениями Федерального закона от 20 июля 2000 г. N 104-ФЗ "Об общих принципах организации общин коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ". Так, согласно ст. 1 указанного Федерального закона **семейные (родовые) общины малочисленных народов** - формы самоорганизации лиц, относящихся к малочисленным народам, объединяемых по кровнородственному признаку, ведущих традиционный образ жизни, осуществляющих традиционную хозяйственную деятельность и занимающихся традиционными промыслами.

Чтобы приобрести статус члена семейной (родовой) общины коренных малочисленных народов, которая является некоммерческим юридическим лицом в соответствии с п. 2 ст. 8 Федерального закона от 20 июля 2000 г. N 104-ФЗ и пп. 6 п. 3 ст. 50 ГК РФ, лицо должно:

1) достичь возраста 16 лет;

2) быть гражданином РФ;

3) осуществлять традиционную хозяйственную деятельность и заниматься традиционными промыслами;

4) выразить свою волю на вступление в общину коренных малочисленных народов путем подачи письменного заявления или отразив ее в протоколе общего собрания (схода) членов общины малочисленных народов.

4.3. **Неработающие лица** входят во вторую группу лиц, выделяемых во второй классификации (п. 5 комментируемой статьи). Среди данной категории застрахованных лиц выделяют следующие подгруппы:

- **дети со дня рождения до достижения ими возраста 18 лет** (подп. "а" п. 5 комментируемой статьи). В соответствии с положениями комментируемого Закона несовершеннолетние считаются неработающими, но лишь до тех пор, пока они не начнут работать по трудовому договору (после достижения 16-летнего возраста) или по гражданско-правовому договору. Тем самым они перейдут из категории неработающих (подп. "а" п. 5 комментируемой статьи) в категорию, установленную п. 1 комментируемой статьи, то есть в число работающих застрахованных лиц. Такой переход влечет правовые последствия в сфере ОМС не для самих этих лиц, а для страхователей: у страхователей, указанных в ч. 2 ст. 11 комментируемого Закона, данное застрахованное лицо исключается, а у лиц, указанных в п. 1 ч. 1 ст. 11 комментируемого Закона, появляется обязанность по страхованию работающего несовершеннолетнего гражданина;

- **неработающие пенсионеры** независимо от основания назначения пенсии (подп. "б" п. 5 комментируемой статьи). Как видно из названия данной группы застрахованных лиц, они не должны работать. Пенсионер, который работает по любому основанию, предусмотренному трудовым или гражданским законодательством, не входит в указанную группу. При этом для отнесения неработающего пенсионера не имеет значения основание, по которому он получает пенсию: будь это трудовая пенсия (по старости, за выслугу лет, по инвалидности, полученной в результате трудовой деятельности) или социальная пенсия (по инвалидности, при потере кормильца, при уходе за инвалидами и (или) престарелыми людьми);

- **граждане, обучающиеся по очной форме обучения в профессиональных образовательных организациях и образовательных организациях высшего образования** (подп. "в" п. 5 комментируемой статьи). Как прямо указано в комментируемой норме, такими лицами являются только студенты очной формы обучения, не работающие, учащиеся в образовательных организациях, к которым относятся:

1) профессиональные образовательные организации - образовательные организации, осуществляющие в качестве основной цели своей деятельности образовательную деятельность по образовательным программам среднего профессионального образования и (или) по программам профессионального обучения (подп. 3 п. 2 ст. 23 ФЗ "Об образовании в РФ");

2) образовательные организации высшего образования - образовательные организации, осуществляющие в качестве основной цели своей деятельности образовательную деятельность по образовательным программам высшего образования и научную деятельность (пп. 4 п. 2 ст. 23 ФЗ "Об образовании в РФ");

- **безработные граждане, зарегистрированные в соответствии с законодательством о занятости** (подп. "г" п. 5 комментируемой статьи). Согласно п. 1 ст. 3 Закона РФ от 19 апреля 1991 г. N 1032-1 "О занятости населения в РФ" **безработными** признаются трудоспособные граждане, которые не имеют работы и заработка, зарегистрированы в органах службы занятости в целях поиска подходящей работы, ищут работу и готовы приступить к ней. Только в случае постановки таких лиц на учет в порядке, установленном п. 2 ст. 3 указанного Закона РФ, лицо считается безработным, а страхователем для него будут лица, указанные в ч. 2 ст. 11 комментируемого Закона;

- **один из родителей или опекун, занятые уходом за ребенком до достижения им возраста трех лет** (подп. "д" п. 5 комментируемого Закона). Указанные лица являются неработающими временно, однако срок, в течение которого они не работают (до трех лет), достаточно велик. Именно поэтому законодатель, предоставляя согласно ч. 4 ст. 256 ТК РФ лицам, занимающимся уходом за ребенком до достижения им возраста трех лет, гарантию сохранения места работы (должности), представляет помощь и работодателю, переводя права и обязанности страхователя на лиц, указанных в ч. 2 ст. 11 комментируемого Закона, путем причисления лиц, занятых уходом за ребенком до достижения им возраста трех лет, к числу неработающих. В соответствии с ч. 1 и 2 ст. 256 ТК РФ отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет предоставляется матери ребенка, а также отцу ребенка, бабушке, деду, другим родственникам или опекуну, фактически осуществляющим уход за ребенком.

Нетрудно заметить расхождение в определении круга лиц, которые осуществляют уход за ребенком до трех лет, между ТК РФ и комментируемым Законом: круг лиц, установленных ТК РФ, шире круга лиц, установленных в подп. "д" п. 5 комментируемого Закона, поскольку в последнем случае в нем указаны лишь родители или опекун. Однако в данном случае необходимо расширительно толковать указанную норму, поскольку в вопросе установления трудовых гарантий, определения круга лиц, на которых эти гарантии распространяются, ТК РФ имеет большую юридическую силу;

- **трудоспособные граждане, занятые уходом за детьми-инвалидами, инвалидами I группы, лицами, достигшими возраста 80 лет** (подп. "е" п. 5 комментируемой статьи). Включение данных лиц в число неработающих связано с их ролью в обеспечении социальной защиты и поддержки нетрудоспособных граждан;

- **иные не работающие** по трудовому договору и не указанные в пп. "а" - "е" п. 5 комментируемой статьи **граждане, за исключением военнослужащих и приравненных к ним в организации оказания медицинской помощи лиц** (подп. "ж" п. 5 комментируемой статьи). Данная норма указывает на то, что отсутствие основания, по которому гражданин не работает, в числе тех, что перечислены в п. 5 ст. 10 комментируемого Закона, не может являться препятствием к определению такого лица застрахованным. К таким лицам, например, можно отнести членов семей военнослужащих, находящихся за пределами РФ вместе с военнослужащими (см. Постановление Правительства РФ от 20 июля 2011 г. N 593 "Об особенностях постановки на учет отдельных категорий страхователей и уплаты ими страховых взносов на обязательное медицинское страхование").

5. Частью 2 комментируемой статьи предусмотрено, что порядок и методика определения численности застрахованных лиц, в том числе неработающих, в целях формирования бюджета Федерального фонда, бюджетов субъектов РФ и бюджетов территориальных фондов устанавливаются Правительством РФ.

В настоящее время такие порядок и методика определены на основании Постановления Правительства РФ от 9 ноября 2018 г. N 1337 "Об утверждении Правил определения численности застрахованных лиц в целях формирования бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, бюджетов субъектов Российской Федерации и бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования", которым утверждены соответствующие Правила определения численности застрахованных лиц. В указанных Правилах предусмотрена совместная деятельность ФФОМС и ТФОМС по определению численности застрахованных лиц (в том числе неработающих). Основанием для определения численности являются данные персонифицированного учета (см. [комментарий к гл. 10](#Par3692)).

Правилами определения численности застрахованных лиц установлены требования к отнесению застрахованного лица к категории неработающих. Такой учет возможен при одновременном соблюдении трех условий:

а) в пользу застрахованных лиц плательщиками страховых взносов, указанными в подп. 1 п. 1 ст. 419 НК РФ (соответствуют лицам, указанным в п. 1 ч. 1 ст. 11 комментируемого Закона), в течение года не начислялись выплаты и иные вознаграждения, подлежащие обложению страховыми взносами на ОМС, либо начислялись суммы, не подлежащие обложению такими страховыми взносами;

б) застрахованные лица не являются плательщиками страховых взносов, указанных в подп. 2 п. 1 ст. 419 НК РФ (соответствуют лицам, указанным в п. 2 ч. 1 ст. 11 комментируемого Закона), уплачивающими страховые взносы на обязательное медицинское страхование в фиксированном размере;

в) сведения о застрахованных лицах отсутствуют в составе персонифицированных сведений о работающих застрахованных лицах, полученных в течение расчетного периода из налоговых органов в соответствии с ч. 2 ст. 49 комментируемого Закона.

Статья 11. Страхователи

Комментарий к статье 11

1. Комментируемая статья продолжает раскрывать категорию **субъектов ОМС**, определяя, кто является **страхователями по ОМС**. Согласно положениям комментируемой статьи страхователи делятся на две группы в зависимости от того, за каких застрахованных лиц они платят страховые взносы на ОМС. К первой группе относятся страхователи работающих застрахованных лиц (ч. 1 комментируемой статьи), ко второй - неработающих застрахованных лиц (ч. 2 комментируемой статьи).

В свою очередь страхователи по ОМС работающего населения также подразделяются на две группы: лица, производящие страховые взносы за физических лиц, которым они платят вознаграждение и выплаты (п. 1 ч. 1 комментируемой статьи), и лица, осуществляющие страховые взносы за самих себя (п. 2 ч. 1 комментируемой статьи). При этом комментируемая норма подразделяет страхователей, осуществляющих страховые выплаты за физических лиц, еще на три категории.

2. Настоящий Федеральный закон не содержит определения фигуры страхователя в ОМС и его места в системе ОМС. Однако определение страхователя дается в ФЗ "Об основах обязательного социального страхования" и Законе РФ "Об организации страхового дела в РФ".

В ст. 5 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ" дается общее легальное определение страхователя, которое применимо при рассмотрении любых страховых отношений. Согласно указанной норме **страхователями** признаются юридические лица и дееспособные физические лица, заключившие со страховщиками договоры страхования либо являющиеся страхователями в силу закона. Комментируя это положение Закона, М.И. Брагинский отмечает, что словосочетание "дееспособные физические лица" ни в коей мере "не препятствует для заключения договоров страхования от имени подопечного опекунами и гражданами, которые находятся под попечительством, при наличии согласия со стороны попечителя" <79>. Эту точку зрения разделяет и А.И. Худяков <80>.

--------------------------------

<79> Брагинский М.И. Договор страхования. М.: Статут, 2000. С. 36.

<80> См.: Худяков А.И. Страховое право. СПб.: Юридический центр Пресс, 2004. С. 253.

При этом, хотя это обстоятельство в ст. 5 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ" не указано, иными нормами права устанавливаются определенные требования к фигуре страхователя в зависимости от тех правоотношений, в которых он участвует. Данный вывод подтверждается, например, определением фигуры страхователя в социальном страховании. Так, согласно п. 2 ст. 6 ФЗ "Об основах обязательного социального страхования" **страхователи** - организации любой организационно-правовой формы, а также граждане, обязанные в соответствии с законодательством РФ о налогах и сборах или федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования уплачивать страховые взносы, а в отдельных случаях, установленных федеральными законами, выплачивать отдельные виды страхового обеспечения. Страхователями являются также органы исполнительной власти и органы местного самоуправления, обязанные в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования уплачивать страховые взносы. Страхователи определяются в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования.

В приведенной норме указаны два основных признака страхователя в социальном страховании: 1) страхователи - это лица, обязанные в соответствии с законодательством РФ уплачивать страховые взносы; 2) страхователи определяются в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования.

3. Как уже говорилось, комментируемый Закон определил несколько видов страхователей в ОМС в зависимости от того, производят ли они страховые взносы за работающее население или нет, и производят ли они страховые взносы за себя лично.

**Страхователи для работающих граждан, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам,** указанные в п. 1 ч. 1 комментируемой статьи, подлежат постановке на учет в качестве страхователей по ОМС в органах ФНС России (см. [комментарий к ст. 17](#Par1571)).

3.1. Первым видом страхователей в комментируемом Законе названы **организации** (подп. "а" п. 1 ч. 1 ст. 11 комментируемого Закона). Несмотря на то что понятие "организация" широко используется в российском законодательстве, его легальное определение отсутствует. Законы содержат определения лишь отдельных видов организаций. Наиболее распространенным и наиболее известным видом организаций являются юридические лица.

Согласно п. 1 ст. 48 ГК РФ **юридическим лицом** признается организация, которая имеет обособленное имущество и отвечает им по своим обязательствам, может от своего имени приобретать и осуществлять гражданские права и нести гражданские обязанности, быть истцом и ответчиком в суде. Юридические лица подлежат государственной регистрации в Едином государственном реестре юридических лиц и считаются созданными как субъекты права с момента такой регистрации.

Одним из признаков юридического лица является то, что оно создается в одной из организационно-правовых форм, предусмотренных ГК РФ. Существуют следующие **виды организационно-правовых форм юридических лиц**:

1) хозяйственные товарищества, подразделяемые:

- на полные товарищества;

- товарищества на вере (коммандитные);

2) хозяйственные общества, подразделяемые:

- на общества с ограниченной ответственностью;

- акционерные общества (которые в определенных случаях являются, в отличие от иных юридических лиц, публичными юридическими лицами);

3) хозяйственные партнерства;

4) крестьянские (фермерские) хозяйства;

5) производственные кооперативы;

6) государственные и муниципальные унитарные предприятия.

Перечисленные выше организационно-правовые формы юридических лиц относятся к **коммерческим организациям**.

**Некоммерческими организациями** - юридическими лицами являются:

1) потребительские кооперативы, к которым относятся в том числе жилищные, жилищно-строительные и гаражные кооперативы, садоводческие, огороднические и дачные потребительские кооперативы <81>, общества взаимного страхования, кредитные кооперативы, фонды проката, сельскохозяйственные потребительские кооперативы;

2) общественные организации, к которым относятся в том числе политические партии и созданные в качестве юридических лиц профессиональные союзы (профсоюзные организации), органы общественной самодеятельности, территориальные общественные самоуправления;

3) общественные движения;

4) ассоциации (союзы), к которым относятся в том числе некоммерческие партнерства, саморегулируемые организации, объединения работодателей, объединения профессиональных союзов, кооперативов и общественных организаций, торгово-промышленные палаты;

5) товарищества собственников недвижимости, к которым относятся в том числе товарищества собственников жилья <82>;

6) казачьи общества, внесенные в государственный реестр казачьих обществ в РФ;

7) общины коренных малочисленных народов РФ;

8) фонды, к которым относятся в том числе общественные и благотворительные фонды;

9) учреждения, к которым относятся государственные учреждения (в том числе государственные академии наук), муниципальные учреждения и частные (в том числе общественные) учреждения;

10) автономные некоммерческие организации;

11) религиозные организации;

12) публично-правовые компании;

13) адвокатские палаты;

14) адвокатские образования (являющиеся юридическими лицами);

15) государственные корпорации;

16) нотариальные палаты.

--------------------------------

<81> С 1 января 2019 г. садоводческие, огороднические и дачные потребительские кооперативы будут исключены из данного перечня на основании подп. "а" п. 1 Федерального закона от 29 июля 2017 г. N 217-ФЗ "О ведении гражданами садоводства и огородничества для собственных нужд и о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации".

<82> С 1 января 2019 г. некоммерческие товарищества будут дополнены садоводческими и огородническими некоммерческими товариществами в соответствии с подп. "б" п. 1 Федерального закона от 29 июля 2017 г. N 217-ФЗ "О ведении гражданами садоводства и огородничества для собственных нужд и о внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ".

Как уже упоминалось, юридические лица не исчерпывают весь объем понятия "организации". В литературе выделяются организации, которые называют, например, субъектами предпринимательской деятельности или предпринимательского права, не обладающими статусом юридических лиц. К таким организациям относят холдинги, страховые и перестраховочные пулы, концерны. Правомерность выделения таких организаций в настоящее время является весьма спорной. Вместе с тем исследование данных организаций, не являющихся юридическими лицами, применительно к страхователям в ОМС не имеет практического смысла, поскольку во все частные и публичные отношения указанные холдинги, страховых и перестраховочные пулы, концерны вступают через входящих в них юридических лиц.

Таким образом, правомерно в настоящее время говорить, что под организациями, указанными в пп. "а" п. 1 ч. 1 ст. 11 комментируемого Закона, понимаются **исключительно юридические лица**, независимо от их организационно-правовой формы.

3.2. Следующим субъектом, указанным в подп. "б" п. 1 ч. 1 комментируемой статьи, являются **индивидуальные предприниматели**. Так же, как нет легального определения страхователя, отсутствует и легальное определение индивидуального предпринимательства. В п. 1 ст. 23 ГК РФ лишь говорится, что гражданин вправе заниматься предпринимательской деятельностью без образования юридического лица с момента государственной регистрации в качестве индивидуального предпринимателя. Хотя данная норма не является дефиницией, из нее можно выделить следующие признаки индивидуального предпринимателя:

1) **первым признаком** является то, что индивидуальным предпринимателем может быть **гражданин**, то есть физическое лицо. Использование в ст. 23 ГК РФ термина "гражданин" не означает, что иностранные граждане не могут быть индивидуальными предпринимателями. Это следует, во-первых, из ст. 2 ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в РФ", а во-вторых, из ст. 4 указанного Закона, устанавливающего равенство прав и обязанностей иностранных граждан и граждан РФ, если иное не предусмотрено федеральными законами. Исключений из данного правила в части занятия иностранными гражданами предпринимательской деятельности не установлено. Установлены лишь особые требования к порядку регистрации иностранных граждан в качестве иностранных граждан: они должны иметь право постоянно или временно проживать на территории России (подп. "е" п. 1 ст. 22.1 ФЗ "О государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей");

2) **второй признак** - это осуществление индивидуальными предпринимателями **предпринимательской деятельности**, под которой понимается самостоятельная, осуществляемая на свой риск деятельность, направленная на систематическое получение прибыли от пользования имуществом, продажи товаров, выполнения работ или оказания услуг лицами, зарегистрированными в этом качестве в установленном законом порядке (п. 1 ст. 2 ГК РФ). К предпринимательской деятельности индивидуальных предпринимателей применяются правила, которые регулируют деятельность юридических лиц, являющихся коммерческими организациями;

3) **третий признак** - это регистрация индивидуальных предпринимателей в Едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей в порядке, установленном ФЗ "О государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей".

Физическое лицо вправе становиться индивидуальным предпринимателем по общему правилу с момента достижения совершеннолетия, то есть с 18 лет, поскольку именно в этот момент у него возникает полная дееспособность.

В то же время существуют случаи, когда индивидуальным предпринимателем может стать лицо, хотя и достигшее возраста 16 лет, но не достигшее совершеннолетия:

1) первый случай - это вступление в брак (п. 2 ст. 21 ГК РФ), в данном случае гражданин приобретает дееспособность в полном объеме со времени вступления в брак;

2) второй случай - в результате эмансипации (ст. 27 ГК РФ);

3) третий случай - когда несовершеннолетний самостоятельно с согласия родителей усыновителей или попечителя подает заявление в ИФНС для получения статуса индивидуального предпринимателя (ст. 22 ФЗ "О государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей").

Статусом индивидуального предпринимателя обладает глава крестьянского (фермерского) хозяйства, именно он является плательщиком страховых взносов на ОМС в отношении членов крестьянского (фермерского) хозяйства.

3.3. Последним видом страхователей в ОМС из числа тех, кто производит выплаты и иные вознаграждения физическим лицам, являются **физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями** (подп. "в" п. 1 ч. 1 комментируемой статьи).

Данная категория страхователей, поскольку она не раскрывается в комментируемом Законе, может пониматься с различных позиций - с точки зрения трудового права и с точки зрения налогового права:

1) с точки зрения трудового права **работодателями - физическими лицами, помимо работодателей - индивидуальных предпринимателей** (лиц, осуществляющих профессиональную деятельность), признаются:

- **во-первых,** физические лица, осуществляющие в нарушение требований федеральных законов предпринимательскую или иную профессиональную деятельность без государственной регистрации и (или) лицензирования, вступившие в трудовые отношения с работниками в целях осуществления этой деятельности (абз. 1 ч. 5 ст. 20 ТК РФ);

- **во-вторых,** физические лица, вступающие в трудовые отношения с работниками в целях личного обслуживания и помощи по ведению домашнего хозяйства, также понимаемые в качестве работодателей - физических лиц, не являющихся индивидуальными предпринимателями (абз. 2 ч. 5 ст. 20 ТК РФ).

В первом случае такие лица не освобождаются от исполнения обязанностей, возложенных ТК РФ на работодателей - индивидуальных предпринимателей.

Во втором случае отношения работодателей - физических лиц и работников регулируются ст. 303 ТК РФ, согласно которой при заключении трудового договора с работодателем - физическим лицом работник обязуется выполнять не запрещенную ТК РФ или иным федеральным законом работу, определенную этим договором. В этом случае на **работодателя - физическое лицо** распространяются обязанности по уплате страховых взносов и других обязательных платежей в порядке и размерах, которые определяются федеральными законами за работников.

Полагаем, что подп. "в" п. 1 комментируемой статьи должен распространяться только на вторую категорию работодателей - физических лиц, поскольку работодатели из первой категории фактически являются предпринимателями (или лицами, осуществляющими профессиональную деятельность) и входят в подп. "б" ч. 1 комментируемой статьи. Вместе с тем следует отметить, что процесс доказывания осуществления фактической предпринимательской или профессиональной деятельности без соответствующей легитимации достаточно сложен. В связи с этим для целей правоприменительной практики по исчислению и уплате страховых взносов по ОМС допустимо приравнивать и первую, и вторую категорию работодателей и относить их к подп. "в" ч. 1 комментируемой статьи;

2) с точки зрения налогового права **физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями**, в соответствии с п. 70 ст. 217 НК РФ - это лица, получившие доходы в виде выплат (вознаграждений) от физических лиц за оказание им следующих услуг для личных, домашних и (или) иных подобных нужд:

- по присмотру и уходу за детьми, больными лицами, лицами, достигшими возраста 80 лет, а также иными лицами, нуждающимися в постоянном постороннем уходе по заключению медицинской организации;

- по репетиторству;

- по уборке жилых помещений, ведению домашнего хозяйства.

Доходы таких лиц в соответствии с указанным п. 70 ст. 217 НК РФ освобождаются от налогов. Кроме указанных физических лиц, положения об освобождении доходов от налогов распространяются на физических лиц, уведомивших ИФНС в порядке п. 7.3 ст. 83 НК РФ и не привлекающих наемных работников для оказания вышеперечисленных услуг. Данная норма применяется в отношении доходов, полученных в 2017 и 2018 годах (см. п. 13 ст. 13 Федерального закона от 30 ноября 2016 г. N 401-ФЗ "О внесении изменений в части первую и вторую Налогового кодекса Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации").

Таким образом, несмотря на то, что словосочетание "физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями" может пониматься с различных позиций, при определении того, может ли конкретное лицо признаваться страхователем по ОМС, производящим выплаты и иные вознаграждения физическим лицам, необходимо основываться на положениях ТК РФ. С позиций налогового права "физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями" - это лишь лица, получившие доход, но не зарегистрированные в качестве предпринимателей. При этом не имеет значения наличие у них наемных работников.

4. Вторым видом страхователей для работающего населения в п. 2 ч. 1 комментируемой статьи названы **лица, которые одновременно являются и страхователями, и застрахованными лицами** (см. [комментарий к ст. ст. 9](#Par837), [10](#Par897) и [17](#Par1571)). Такими страхователями являются:

- индивидуальные предприниматели;

- адвокаты;

- медиаторы;

- нотариусы, занимающиеся частной практикой;

- арбитражные управляющие;

- оценщики;

- патентные поверенные;

- физические лица, применяющие специальный налоговый режим "Налог на профессиональный доход";

- иные лица, занимающиеся в установленном законодательством Российской Федерации порядке частной практикой.

Особенность статуса указанных лиц заключается в том, что они вносят страховые взносы на ОМС (будучи страхователями в ОМС), но также являются и застрахованными лицами, то есть могут получать страховое обеспечение. Ранее в [комментариях к ст. 4](#Par458) и [ст. 10](#Par897) указывалось, что объем уплаченных страховых взносов на ОМС такими лицами не связан с объемом оказываемой этим лицам медицинской помощи, предусмотренной программами ОМС.

Общим для указанных лиц (исключая индивидуальных предпринимателей) является также наличие у них материальных признаков (внутреннее организационное единство и внешняя автономия, экономическая самостоятельность и обособленность имущества, функциональная самостоятельность), которые позволяли бы относить их к предпринимателям, но в силу положений законодательства основная цель создания и деятельности таких лиц (или, можно сказать, соответствующих институтов) не связана с извлечением прибыли.

4.1. Первыми среди страхователей в п. 2 ч. 1 комментируемой статьи названы **индивидуальные предприниматели** (см. [п. 3.2 комментария к настоящей статье](#Par1059)).

4.2. Вторым видом страхователей в п. 2 ч. 1 комментируемой статьи названы **частнопрактикующие адвокаты**. В соответствии с п. 1 ст. 2 Федерального закона от 31 мая 2002 г. N 63-ФЗ "Об адвокатской деятельности и адвокатуре в РФ" **адвокатом** является лицо, получившее в установленном указанным Федеральным законом порядке статус адвоката и право осуществлять адвокатскую деятельность. **Адвокат, занимающийся частной практикой**, - это адвокат, который выбрал форму адвокатского образования в виде адвокатского кабинета (ст. 21 Федерального закона от 31 мая 2002 г. N 63-ФЗ).

4.3. Третьим видом страхователей в п. 2 ч. 1 комментируемой статьи названы **медиаторы**. В соответствии с п. 3 ст. 2 Федерального закона от 27 июля 2010 г. N 193-ФЗ "Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)" медиатор - независимое физическое лицо, привлекаемое сторонами в качестве посредника в урегулировании спора для содействия в выработке сторонами решения по существу спора. Медиатор может действовать на непрофессиональной и профессиональной основе.

Деятельность медиатора на непрофессиональной основе - деятельность лиц, профессионально занимающихся иной деятельностью: адвокаты, оценщики, научные работники и т.д. Согласно ст. 16 Федерального закона от 27 июля 2010 г. N 193-ФЗ осуществлять деятельность медиаторов на профессиональной основе могут лица, достигшие возраста двадцати пяти лет, имеющие высшее образование и получившие дополнительное профессиональное образование по вопросам применения процедуры медиации.

Таким образом, **в комментируемой** **статье** **под медиатором понимается именно медиатор, действующий на профессиональной основе**.

4.4. Четвертыми в п. 2 ч. 1 комментируемой нормы указываются **нотариусы, занимающиеся частной практикой**. В соответствии со ст. 2 Основ законодательства РФ о нотариате, утв. ВС РФ 11 февраля 1993 г. N 4462-1, нотариусом в Российской Федерации может быть гражданин РФ:

- получивший высшее юридическое образование в имеющей государственную аккредитацию образовательной организации высшего образования;

- имеющий стаж работы по юридической специальности не менее чем пять лет;

- достигший возраста двадцати пяти лет, но не старше семидесяти пяти лет;

- сдавший квалификационный экзамен.

**Частнопрактикующие нотариусы** - это нотариусы, которые не работают в государственных нотариальных конторах, а осуществляют нотариальную деятельность самостоятельно.

4.5. Пятым видом страхователей, уплачивающих страховые взносы за себя, согласно п. 2 ч. 1 комментируемой статьи являются **арбитражные управляющие**.

Понятие арбитражных управляющих дано в Федеральном законе от 26 октября 2002 г. N 127-ФЗ "О несостоятельности (банкротстве)", в котором указано, что **арбитражным управляющим** признается гражданин Российской Федерации, являющийся членом одной из саморегулируемых организаций арбитражных управляющих (вправе быть членом только одной саморегулируемой организации). Арбитражный управляющий является субъектом профессиональной деятельности и осуществляет регулируемую данным Федеральным законом профессиональную деятельность, занимаясь частной практикой.

Арбитражный управляющий вправе заниматься иными видами профессиональной деятельности и предпринимательской деятельностью при условии, что такая деятельность не влияет на надлежащее исполнение им обязанностей арбитражного управляющего.

Арбитражные управляющие могут не являться индивидуальными предпринимателями (ст. 20 указанного Закона).

4.6. Шестыми в п. 2 ч. 1 комментируемой нормы указываются оценщики. В соответствии со ст. 4 Федерального закона от 29 июля 1998 г. N 135-ФЗ "Об оценочной деятельности в Российской Федерации" **оценщики** - это субъекты оценочной деятельности - физические лица, являющиеся членами одной из саморегулируемых организаций оценщиков и застраховавшие свою ответственность в соответствии с требованиями Федерального закона от 29 июля 1998 г. N 135-ФЗ "Об оценочной деятельности в Российской Федерации".

Исходя из положений этой же статьи оценщик может осуществлять оценочную деятельность самостоятельно, занимаясь частной практикой, а также на основании трудового договора между оценщиком и юридическим лицом, которое соответствует условиям, установленным ст. 15.1 Федерального закона от 29 июля 1998 г. N 135-ФЗ.

Таким образом, **в комментируемой** **статье** **под оценщиками понимаются именно частнопрактикующие оценщики**.

4.7. Седьмыми в п. 2 ч. 1 комментируемой нормы указываются патентные поверенные. В соответствии с ч. 1 ст. 2 Федерального закона от 30 декабря 2008 г. N 316-ФЗ "О патентных поверенных" **патентными поверенными** признаются граждане, получившие в установленном данным Федеральным законом порядке статус патентного поверенного и осуществляющие деятельность, связанную с правовой охраной результатов интеллектуальной деятельности и средств индивидуализации, защитой интеллектуальных прав, приобретением исключительных прав на результаты интеллектуальной деятельности и средства индивидуализации, распоряжением такими правами. Согласно ч. 1 ст. 3 Федерального закона от 30 декабря 2008 г. N 316-ФЗ **частнопрактикующий частный поверенный** - тот, который осуществляет свою профессиональную деятельность самостоятельно, занимаясь частной практикой.

4.8. Восьмыми в п. 2 ч. 1 комментируемой статьи указаны физические лица, применяющие специальный налоговый режим "Налог на профессиональный доход". Правовой статус таких лиц определяется на основании положений Федерального закона от 27 ноября 2018 г. N 422-ФЗ "О проведении эксперимента по установлению специального налогового режима "Налог на профессиональный доход". В соответствии со ст. 4 Федерального закона от 27 ноября 2018 г. N 422-ФЗ **налогоплательщиками налога на профессиональный доход** (далее - налогоплательщики) признаются физические лица, в том числе индивидуальные предприниматели, перешедшие на специальный налоговый режим "Налог на профессиональный доход" в порядке, установленном указанным Федеральным законом, но за исключением лиц, указанных в ч. 2 ст. 4 Федерального закона от 27 ноября 2018 г. N 422-ФЗ.

Воспользоваться специальным налоговым режимом "Налог на профессиональный доход" вправе физические лица, в том числе индивидуальные предприниматели, местом ведения деятельности которых является территория любого из субъектов РФ, включенных в эксперимент (проводится до 31 декабря 2028 г.) и указанных в ч. 1 ст. 1 Федерального закона от 27 ноября 2018 г. N 422-ФЗ (эксперимент проводится в городе федерального значения Москве, в Московской и Калужской областях, а также в Республике Татарстан, в городе федерального значения Санкт-Петербурге, в Волгоградской, Воронежской, Ленинградской, Нижегородской, Новосибирской, Омской, Ростовской, Самарской, Сахалинской, Свердловской, Тюменской, Челябинской областях, в Красноярском и Пермском краях, в Ненецком автономном округе, Ханты-Мансийском автономном округе - Югре, Ямало-Ненецком автономном округе, в Республике Башкортостан).

С 1 июля 2020 г. в субъектах РФ, не указанных выше, специальный налоговый режим "Налог на профессиональный доход" вводится законом соответствующего субъекта.

4.9. Девятым видом страхователей, уплачивающих страховые взносы за себя, в п. 2 ч. 1 комментируемой статьи указаны **иные лица, занимающиеся в установленном законодательством Российской Федерации порядке частной практикой**. Такая формулировка позволяет отнести к числу страхователей по комментируемому Закону всех лиц, которые не имеют работников и занимаются частной практикой, то есть работают сами на себя, но при этом не отнесены к ранее перечисленным видам страхователей. К ним можно отнести:

- лиц, занимающихся народной медициной ч. 2 ст. 50 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ";

- лиц, занимающихся частной практикой, но не перешедших на специальный налоговый режим "Налог на профессиональный доход" или не имеющих права на выбор такого режима налогообложения в соответствии с законодательством (в том числе, если соответствующий субъект, в котором они осуществляют свою деятельность, не участвует в эксперименте).

5. В ч. 2 комментируемой статьи определяются **страхователи для неработающих граждан**. Таковыми являются:

- органы исполнительной власти субъектов РФ, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов РФ;

- организации, определенные Правительством РФ.

Также комментируемой нормой подчеркивается, что страхователи для неработающих граждан являются плательщиками страховых взносов на ОМС. Указанные страхователи подлежат постановке на учет, как и иные страхователи, указанные в ч. 1 комментируемой статьи.

Приказом Минздравсоцразвития РФ от 23 декабря 2010 г. N 1168н утвержден Порядок регистрации и снятия с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан территориальными фондами обязательного медицинского страхования. Данный Порядок устанавливает правила учета страхователей для неработающих граждан.

Указанным Порядком установлена обязанность таких страхователей регистрироваться и сниматься с регистрационного учета для целей ОМС. Сама регистрация осуществляется по заявлению страхователя в течение 30 дней в ТФОМС.

К **организациям, определяемым Правительством РФ**, в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 20 июля 2011 г. N 593 "Об особенностях постановки на учет отдельных категорий страхователей и уплаты ими страховых взносов на обязательное медицинское страхование" отнесены объединения, соединения, воинские части и организации Вооруженных Сил РФ, других войск, воинских формирований и органов, военные суды, военные прокуратуры и военные следственные органы Следственного комитета РФ. Такие организации учитываются в ТФОМС по месту их нахождения для целей ОМС в качестве страхователей для неработающих граждан, являющихся членами семей военнослужащих.

Статья 12. Страховщик

Комментарий к статье 12

1. Комментируемая статья дает понятие **страховщика для целей ОМС**. Страховщиком по ОМС назван **ФФОМС** в рамках реализации базовой программы ОМС.

Общее понятие страховщика для целей страхования приводится в Законе РФ "Об организации страхового дела в РФ" и ГК РФ, а для целей обязательного социального страхования - в ФЗ "Об основах обязательного социального страхования".

2. Согласно п. 1 ст. 6 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ" **страховщики** - страховые организации и общества взаимного страхования, созданные в соответствии с законодательством РФ для осуществления деятельности по страхованию, перестрахованию, взаимному страхованию и получившие лицензии на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном Законом РФ "Об организации страхового дела в РФ" порядке. ГК РФ в ст. 938 определяет **страховщика** в качестве юридического лица, имеющего разрешения (лицензии) на осуществление страхования соответствующего вида. Требования, которым должны отвечать страховые организации, порядок лицензирования их деятельности и осуществления надзора за этой деятельностью определяются законами о страховании.

Однако эти определения не имеют отношения к страховщику в ОМС, которым назван ФФОМС в силу специфики правового статуса последнего. В большей степени они относятся к страховым медицинским организациям (см. [комментарий к ст. 14](#Par1186)).

Абзацем 3 п. 2 ст. 6 ФЗ "Об основах обязательного социального страхования" определено, что **страховщики в социальном страховании** - это коммерческие или некоммерческие организации, создаваемые в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования для обеспечения прав застрахованных лиц по обязательному социальному страхованию при наступлении страховых случаев.

Частью 1 комментируемой статьи определено, что ФФОМС является страховщиком **только в рамках базовой программы ОМС**. Страховщиками в рамках территориальных программ ОМС являются соответствующие ТФОМС (см. [комментарий к ст. 13](#Par1154)), а также в определенном объеме страховые медицинские организации (см. [комментарий к ст. 14](#Par1186)). Тем самым устанавливается специфика ОМС, заключающаяся в том, что на стороне страховщика фактически выступают три вида организаций разного уровня.

Таким образом, можно говорить, что название комментируемой статьи не является корректным. Более правильно было бы называть ФФОМС **федеральным страховщиком в ОМС**.

От понятия ФФОМС как страховщика в ОМС - организации и субъекта права - необходимо отделять Фонд ОМС как централизованный фонд, состоящий из денежных средств, внесенных за счет страховых взносов на ОМС страхователями ОМС, и являющийся объектом права. Фонд ОМС как объект права находится в собственности Российской Федерации.

3. ФФОМС был создан задолго до появления современного обязательного социального страхования и ОМС, а именно 24 февраля 1993 г. Постановлением Верховного Совета РФ N 4543-1.

В соответствии с Указом Президента РФ от 29 июня 1998 г. N 729 "Вопросы Федерального фонда обязательного медицинского страхования" установлено, что Правительство РФ утверждает устав ФФОМС. Обязанность принятия устава ФФОМС также установлена ст. 33 и п. 1 ч. 13 ст. 51 комментируемого Закона (об особенностях правового положения ФФОМС см. в [комментарий к ст. 33](#Par2517)).

4. Согласно ч. 2 комментируемой статьи **ФФОМС** - некоммерческая организация, созданная РФ в соответствии с комментируемым Законом для реализации государственной политики в сфере ОМС. Из данной части комментируемой статьи можно выделить ряд признаков ФФОМС.

**Во-первых,** ФФОМС является некоммерческой организацией, то есть основная цель его при создании и при осуществлении текущей деятельности не связана и не может быть связана с извлечением прибыли.

**Во-вторых,** поскольку ФФОМС является некоммерческой организацией, для участия в хозяйственном обороте он должен быть зарегистрирован в качестве юридического лица в организационно-правовой форме, предусмотренной для некоммерческих организаций. Согласно п. 3 Устава ФФОМС ФФОМС является самостоятельным государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением.

Из данной нормы следует, что ФФОМС - это некоммерческая организация, созданная в форме **государственного учреждения**, следовательно, правовое положение ФФОМС должно также определяться положениями ФЗ "О некоммерческих организациях". В указанном Законе действительно имеется ст. 9.1, которая посвящена определению государственных учреждений, под которыми в силу п. 1 понимаются учреждения, созданные РФ. В п. 2 ст. 9.1 ФЗ "О некоммерческих организациях" определены три типа государственных учреждений: автономные, бюджетные и казенные. Однако, как следует из ст. 9.2 указанного Закона и ст. 6 БК РФ, ст. 2 Федерального закона от 3 ноября 2006 г. N 174-ФЗ "Об автономных учреждениях", ст. ст. 123.21 и 123.22 ГК РФ, ФФОМС нельзя отнести ни к одному из типов учреждений.

Пункт 5 ст. 1 ФЗ "О некоммерческих организациях" указывает, что данный Закон не распространяется на органы государственной власти, иные государственные органы, органы управления государственными внебюджетными фондами, органы местного самоуправления, публично-правовые компании, а также на автономные учреждения, если иное не установлено федеральным законом. Однако данная норма не исключает возможность применения указанного Закона не к органам управления, а к самому ФФОМС, при этом ФФОМС не является также (добавляя к вышеперечисленному) органом государственной власти или публично-правовой компанией.

Таким образом, ФФОМС представляет собой **специальный тип учреждений**, на который не могут распространяться в полной мере положения законодательства об иных государственных учреждениях. Данный вывод подкрепляется также и иными доказательствами. Например, ФФОМС наделяется властными полномочиями (п. п. 6 и 7 ч. 8 ст. 33 комментируемого Закона), что типично для органов государственной власти.

5. Имущество ФФОМС является **федеральной собственностью**, а за ФФОМС закрепляется на праве **оперативного управления**. ФФОМС ежегодно составляет и представляет в Министерство здравоохранения РФ проект бюджета ФФОМС на очередной финансовый год и плановый период и проект отчета об исполнении бюджета. Само же формирование и исполнение бюджета ФФОМС осуществляется в соответствии с бюджетным законодательством России.

ФФОМС может быть ликвидирован в случае принятия соответствующего федерального закона. Порядок ликвидации ФФОМС определяется гражданским законодательством.

6. Полномочия ФФОМС как субъекта, созданного для реализации государственной политики в сфере ОМС, более подробно раскрываются в ст. 33 комментируемого Закона (см. [комментарий к ст. 33](#Par2517)).

Статья 13. Территориальные фонды

Комментарий к статье 13

1. Комментируемой статьей определяются **территориальные фонды ОМС**, под которыми понимаются некоммерческие организации, созданные субъектами РФ в соответствии с комментируемым Законом для реализации государственной политики в сфере ОМС на территориях субъектов РФ (ч. 1 комментируемой статьи).

Комментируемая норма не называет ТФОМС страховщиками ОМС, лишь в ч. 2 и ч. 3 комментируемой статьи говорится, что они **осуществляют полномочия страховщика**. При этом указанными частями комментируемой статьи устанавливаются различные объемы полномочий ТФОМС, что будет показано в дальнейшем.

ТФОМС являются частью единого страховщика в ОМС на региональном уровне и занимают промежуточное звено в рамках такого страховщика между ФФОМС и страховыми медицинскими организациями. Справедливо называть ТФОМС страховщиками на региональном уровне, хотя комментируемый Закон не применяет к ним термин "страховщик". Как уже говорилось ранее, если ФФОМС следует считать страховщиком на федеральном уровне (см. [комментарий к ст. 12](#Par1130)), ТФОМС безусловно являются **региональными страховщиками в ОМС**.

2. ТФОМС, что следует из ч. 1 комментируемой статьи, являются некоммерческими организациями, однако комментируемый Закон не устанавливает организационно-правовую форму, в которой может быть создан ТФОМС. В соответствии с п. 1 ст. 3 ФЗ "О некоммерческих организациях" такая организация считается созданной как юридическое лицо с момента ее государственной регистрации.

До дня вступления в силу Федерального закона о государственных социальных фондах правовое положение ТФОМС определяется на основании п. 2 ч. 13 ст. 51 комментируемого Закона, а именно **в соответствии с Типовым** **положением** о ТФОМС (утверждено Приказом Минздравсоцразвития России от 21 января 2011 г. N 15н).

В указанном Типовом положении о ТФОМС также не говорится, в какой организационно-правовой форме, предусмотренной для некоммерческой организации, создаются ТФОМС.

Таким образом, каждый из субъектов РФ может сам определить организационно-правовую форму ТФОМС. В основном к моменту вступления в силу комментируемого Закона все ТФОМС уже были созданы в формах **государственных учреждений** (например, ТФОМС Республики Татарстан) или в форме **фондов** (например, ТФОМС Карачаево-Черкесии). Вновь созданные ТФОМС на территориях Республики Крым и города федерального значения Севастополя были созданы в форме фондов.

Примечательно, что указанные ТФОМС города Севастополя и ТФОМС Республики Крым не только самые новые среди ТФОМС, но и единственные, создание которых предусмотрено Федеральным конституционным законом (ч. 7 ст. 11 Федерального конституционного закона от 21 марта 2014 г. N 6-ФКЗ "О принятии в Российскую Федерацию Республики Крым и образовании в составе Российской Федерации новых субъектов - Республики Крым и города федерального значения Севастополя").

3. **Целями создания ТФОМС** является реализация государственной политики в сфере ОМС на территориях субъектов РФ.

**Задачи** ТФОМС установлены в Типовом положении о ТФОМС:

- обеспечение предусмотренных законодательством РФ прав граждан в системе ОМС. Основные права граждан в системе ОМС предусмотрены в ст. 16 настоящего Федерального закона (см. [комментарий к ст. 16](#Par1436));

- обеспечение гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы ОМС и базовой программы ОМС. Выполнение данной задачи достигается за счет пополнения бюджета ТФОМС, а также за счет бюджетных трансфертов, бюджетных ассигнований;

- создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ ОМС. Решение данной задачи осуществляется в пределах, установленных ст. ст. 40 - 42 комментируемого Закона, а также ч. 12.1 комментируемого Закона (которыми устанавливаются условия расширения доступности оказываемой медицинской помощи путем предоставления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам). Также поставленная задача разрешается через исполнение ст. 10 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", а также принятые порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, критерии качества медицинской помощи. Доступность медицинской помощи также определяется исходя из критериев базовой программы ОМС или территориальной программы ОМС, принимаемой соответствующим субъектом РФ;

- обеспечение государственных гарантий соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по ОМС в рамках базовой программы ОМС независимо от финансового положения страховщика. На достижение данной задачи направлены положения п. 2 ст. 20 ФЗ "Об основах обязательного социального страхования", в котором говорится, что выпадающие доходы бюджетов государственных внебюджетных фондов в связи с применением тарифов страховых взносов, установленных ст. ст. 426 и 427 НК РФ, компенсируются за счет межбюджетных трансфертов, и, кроме того, положения ст. ст. 35 и 36 комментируемого Закона, предусматривающие проведение бюджетных трансфертов и бюджетные ассигнования со стороны бюджетов субъектов РФ и (или) ФФОМС.

4. Имущество ТФОМС находится в **собственности субъектов РФ**, а территориальные фонды обладают правом **оперативного управления**. Имущество, которое приобретает ТФОМС, становится собственностью субъекта РФ, в том числе и то имущество, которое приобретается за счет средств ОМС. Средства ТФОМС не входят в состав иных бюджетов бюджетной системы РФ и изъятию не подлежат.

Выполнение функций органа управления ТФОМС осуществляется за счет средств бюджета территориального фонда, утвержденного законодательным (представительным) органом соответствующего субъекта РФ.

5. **Управление ТФОМС** осуществляется в соответствии с положениями ст. 34 комментируемого Закона, Типового положения о ТФОМС, а также на основании законов, принятых в субъектах РФ по данному вопросу.

Полномочия ТФОМС как субъекта, созданного для реализации государственной политики в сфере ОМС на территории РФ, а также компетенция и структура органов управления ТФОМС более подробно раскрываются в ст. 34 настоящего Федерального закона (см. [комментарий к ст. 34](#Par2603)).

6. Часть 2 комментируемой статьи указывает, что ТФОМС **осуществляют отдельные полномочия страховщика** в части реализации территориальных программ ОМС в пределах базовой программы ОМС. Смысл данной части заключается в том, что ТФОМС наделяются отдельными полномочиями ФФОМС в части реализации территориальных программ, в той части, в которой они воспроизводят базовую программу ОМС. При этом объем полномочий, осуществляемых ТФОМС, а также пределы базовой программы ОМС и порядок реализации полномочий страховщика территориальными фондами определяются комментируемым Законом.

7. Часть 3 комментируемой статьи, с одной стороны, является смысловым продолжением предыдущей нормы в той мере, в которой ведется речь о полномочиях ТФОМС. С другой стороны, в ч. 3 комментируемой статьи ведется речь о самостоятельности ТФОМС в части регионального регулирования системы ОМС.

В комментируемой норме прямо указывается, что территориальные фонды **осуществляют полномочия страховщика** в определенных случаях, которые будут показаны далее. Тем самым уже не ведется речь о наделении ТФОМС отдельными полномочиями ФФОМС, в данном случае сами территориальные фонды ОМС занимают место ФФОМС в полном объеме. Такая замена ФФОМС происходит в части установленных территориальными программами ОМС дополнительных объемов страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой ОМС, а также дополнительных оснований, перечней страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой ОМС.

Таким образом, когда нормативными актами субъектов РФ расширяется и дополняется базовая программа ОМС, тогда территориальные фонды ОМС заменяют в отношениях по предоставлению страховой защиты застрахованным лицам федерального страховщика - ФФОМС.

8. Частью 4 комментируемой статьи предусмотрено право ТФОМС создавать на территории субъекта РФ свои **филиалы и представительства**. Это связано с решением задачи по обеспечению доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ ОМС, поскольку страховые медицинские организации могут быть не представлены на территории субъекта РФ или иметь ограниченное представительство (см. [п. 11 комментария к ст. 14](#Par1370)). Поэтому для реализации установленных комментируемым Законом полномочий ТФОМС может создавать обособленные структурные подразделения.

В силу того что комментируемым Законом не предусмотрены какие-либо особенности по созданию филиалов и представительств для ТФОМС, то правовой статус указанных обособленных структурных организаций определяется ГК РФ.

В соответствии с п. 1 ст. 55 ГК РФ **представительство** - это обособленное подразделение юридического лица, расположенное вне места его нахождения, которое представляет интересы юридического лица и осуществляет их защиту.

Согласно п. 2 ст. 55 ГК РФ **филиал** - это обособленное подразделение юридического лица, расположенное вне места его нахождения и осуществляющее все его функции или их часть, в том числе функции представительства.

Представительства и филиалы должны быть указаны в Едином государственном реестре юридических лиц, при этом необязательно вносить изменения и указывать сведения о них в уставе ТФОМС.

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

Комментарий к статье 14

1. Комментируемая статья дает определение и устанавливает основы правового положения **страховых медицинских организаций**. Легальное определение страховых медицинских организаций содержится в ч. 1 комментируемой статьи, в которой указывается, что **страховая медицинская организация** - это страховая организация, имеющая лицензию, выданную в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

Из данного определения можно выделить **признаки страховой медицинской организации**.

1.1. Страховая медицинская организация является страховой организацией. Понятие и легальное определение страховых организаций выводится из Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ" через определение страховщика. В соответствии с п. 1 ст. 6 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ" **страховщики** - страховые организации и общества взаимного страхования, созданные в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию, перестрахованию, взаимному страхованию и получившие лицензии на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном Законом РФ "Об организации страхового дела в РФ" порядке. Страховые организации, осуществляющие исключительно деятельность по перестрахованию, являются перестраховочными организациями.

Из предложенного определения видно, что страховые организации - это разновидности страховщиков. Термин "страховщик" по своему объему и содержанию не совпадает с термином "страховая организация", хотя зачастую используется в литературе в качестве синонима. Более того, понятие "страховщик", используемое в Законе РФ "Об организации страхового дела в РФ", отличается от понятия "страховщик", которое встречается в ГК РФ. Разница между этими определениями заключается в том, что в Законе РФ "Об организации страхового дела в РФ" страховщик - это, прежде всего, субъект страхового дела, а в ГК РФ - сторона договора страхования, участник конкретного относительного обязательственного правоотношения.

Из исследуемой ст. 6 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ" можно произвести классификацию страховщиков, но нельзя сказать, чем они занимаются (в отличие, например, от ст. 938 ГК РФ, где указано, что в качестве страховщиков договоры страхования могут заключать юридические лица, имеющие разрешения (лицензии) на осуществление страхования соответствующего вида).

Описательное определение страховщиков содержится в абзаце 1 п. 2 ст. 6 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ", из которой следует, что страховщиками должны признаваться те лица, которые "осуществляют оценку страхового риска, получают страховые премии (страховые взносы), формируют страховые резервы, инвестируют активы, определяют размер убытков или ущерба, производят страховые выплаты, осуществляют иные связанные с исполнением обязательств по договору страхования действия".

**Классификации страховщиков:**

1) по виду страховой деятельности:

- страховые организации (занимаются страхование и перестрахованием);

- общества взаимного страхования (занимаются только взаимным страхованием).

При этом страховые организации подразделяются также на страховые и перестраховочные организации (последние занимаются только перестрахованием).

Кроме того, страховые организации можно подразделить по стране происхождения уставного капитала, так как от этого зависит объем предоставляемых организации правомочий:

- страховые организации, являющиеся дочерними обществами по отношению к иностранным инвесторам (основным организациям) либо имеющие долю иностранных инвесторов в своем уставном капитале более 49%;

- страховые организации, являющиеся дочерними обществами по отношению к иностранным инвесторам (основным организациям) либо имеющие долю иностранных инвесторов в своем уставном капитале более 51%;

- страховые организации, не являющиеся дочерними обществами по отношению к иностранным инвесторам (основным организациям) либо имеющие долю иностранных инвесторов в своем уставном капитале менее 49%;

2) по страхованию объектов страхования:

- страховщики, занимающиеся страхованием жизни, страхованием от несчастных случаев и болезней, медицинским страхованием (любым сочетанием из перечисленного);

- страховщики, занимающиеся страхованием от несчастных случаев и болезней, медицинским страхованием и имущественным страхованием (любым сочетанием из перечисленного).

Наиболее часто встречающимся видом страховщиков в Российской Федерации является страховая организация. В отличие от прежней редакции (до изменений, внесенных Федеральным законом от 10 декабря 2003 г.), новая редакция Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ" не содержит указание на то, что страховщиком может являться страховая организация любой организационно-правовой формы. Тем не менее буквальное толкование ст. 6 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ" позволяет говорить, что страховые организации могут быть созданы в любой организационно-правовой форме, предусмотренной законодательством, в том числе и в организационно-правовой форме некоммерческих организаций.

Однако в настоящее время доказано, что страховые организации могут быть созданы лишь в форме **хозяйственных обществ**. На данный момент не существует ни одной страховой организации, которая была бы создана в иной, чем хозяйственные общества, форме. Страховые организации не могут быть созданы в форме некоммерческих организаций, поскольку основной целью страховых организаций является извлечение прибыли (страховая деятельность - это предпринимательская деятельность), в то время как некоммерческие организации не имеют извлечение прибыли в качестве основной цели своей деятельности (п. 1 ст. 50 ГК РФ).

Здесь необходимо указать на то, что страховщиком в комментируемом Законе назван ФФОМС (ст. 12 комментируемого Закона), ТФОМС называется лицом, осуществляющим отдельные функции страховщика при осуществлении ОМС в части базовой программы ОМС, и лицом, являющимся страховщиком при осуществлении ОМС в части территориальной программы ОМС (ст. 13 комментируемого Закона). Поэтому говорить о страховых медицинских организациях как о страховщике в том смысле данного понятия, которое вкладывают в него Закон РФ "Об организации страхового дела в РФ" и ГК РФ, - некорректно. Именно поэтому **страховщик в ОМС** - это трехуровневое сочетание различных субъектов: ФФОМС - ТФОМС - страховая медицинская организация.

Кроме того, из комментируемого Закона следует, что общее понятие страховщика, которое дается в Законе РФ "Об организации страхового дела в РФ", не применимо к понятию ФФОМС, как оно приводится в п. 1 ст. 6 данного Закона. Однако описательное определение страховщика, указанное в п. 2 ст. 6 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ", в определенной степени соответствует понятию страховщика, содержащемуся в комментируемом Законе (см. [комментарий к ст. ст. 12](#Par1130), [13](#Par1154), [29](#Par2210), [33](#Par2517)).

В соответствии с п. 2 ст. 4.1 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ" страховые организации, общества взаимного страхования, страховые брокеры и страховые актуарии являются **субъектами страхового дела**.

Деятельность субъектов страхового дела подлежит лицензированию.

Сведения о субъектах страхового дела подлежат внесению в единый государственный реестр субъектов страхового дела в порядке, установленном органом страхового надзора.

**Единый государственный реестр субъектов страхового** дела должен содержать сведения о субъекте страхового дела, его наименовании, месте нахождения, руководителе, участниках (акционерах), о номере, дате выдачи, сроке действия лицензии, виде страховой деятельности, на осуществление которого выдана лицензия, видах страхования, которые осуществляются в рамках соответствующего вида страховой деятельности (для страховых организаций и обществ взаимного страхования), доменном имени и (или) сетевом адресе официального сайта субъекта страхового дела в сети Интернет, филиалах и представительствах страховщика и об их месте нахождения, о принятии решения о приостановлении, возобновлении действия лицензии либо об отзыве (аннулировании) лицензии, причинах и дате исключения из единого государственного реестра субъектов страхового дела.

В случае изменения сведений о субъекте страхового дела соответствующая информация подлежит внесению в единый государственный реестр субъектов страхового дела не позднее пяти рабочих дней со дня изменения указанных сведений.

Субъект страхового дела - юридическое лицо не вправе использовать полностью обозначение, индивидуализирующее другой субъект страхового дела. Указанное положение не распространяется на дочерние общества субъекта страхового дела.

Создание и государственная регистрация страховой организации как юридического лица не отличаются от общего порядка создания и государственной регистрации иных юридических лиц (за исключением банков).

Таким образом, **страховая организация** - это разновидность страховщика, субъект страхового дела, включенный в единый государственный реестр субъектов страхового дела, осуществляющий деятельность в сфере страхования на основании лицензии.

1.2. В качестве следующего признака страховой медицинской организации в ч. 1 комментируемой статьи указано, что такая организация должна обладать **лицензией**, выданной в установленном законодательством РФ порядке.

Страхование, как уже отмечалось, является лицензируемой деятельностью - это устанавливается нормами ст. 938 ГК РФ и ст. ст. 4 и 6 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ", - следовательно, для того чтобы заключить договор страхования, страховщик (страховая организация) должен получить разрешение (лицензию) на осуществление страхования соответствующего вида. Условия и порядок лицензирования, квалификационные требования к руководителям и главным бухгалтерам страховщика, плата за выдачу лицензии устанавливаются в ст. ст. 32 - 32.9 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ".

До 1 сентября 2013 г. совершение сделок страховщиком при отсутствии лицензии, а равно при ее приостановке влекло признание такой сделки оспоримой по ст. 173 ГК РФ. В силу изменений, внесенных Федеральным законом от 7 мая 2013 г. N 100-ФЗ "О внесении изменений в подразделы 4 и 5 раздела I части первой и статью 1153 части третьей Гражданского кодекса Российской Федерации", из ст. 173 ГК РФ были исключены правовые последствия в виде предъявления требования об оспоримости сделок, совершенных без лицензии. В п. 89 Постановления Пленума ВС РФ от 23 июня 2015 г. N 25 "О применении судами некоторых положений раздела I части первой Гражданского кодекса Российской Федерации" дополнительно разъяснено, что совершение сделки лицом, не имеющим лицензии на занятие соответствующей деятельностью, не влечет ее недействительности, если законом не предусмотрено иное. Данная правовая позиция основывается в том числе и на нормах п. 3 ст. 450.1 ГК РФ, которым предусмотрены правовые последствия в виде реализации стороной права на отказ от договора (исполнения договора) и предъявления требования о возмещении убытков.

В настоящее время страховое законодательство не содержит положений, которые бы устанавливали недействительность договора страхования только по той причине, что у страховщика отсутствует лицензия.

1.3. Порядок и условия выдачи лицензий определяются ст. 32 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ". Согласно п. 2 ст. 32 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ" **лицензия выдается страховой организации на осуществление**:

- добровольного страхования жизни;

- добровольного личного страхования, за исключением добровольного страхования жизни;

- добровольного имущественного страхования;

- вида страхования, осуществление которого предусмотрено федеральным законом о конкретном виде обязательного страхования;

- перестрахования в случае принятия по договору перестрахования обязательств по страховой выплате.

Для получения лицензии соискатель лицензии на осуществление страхования, перестрахования представляет в орган страхового надзора (в соответствии с п. 3 ст. 32 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ"):

1) заявление о предоставлении лицензии;

2) устав соискателя лицензии;

3) документ о государственной регистрации соискателя лицензии в качестве юридического лица;

4) протокол собрания учредителей об утверждении устава соискателя лицензии и утверждении на должности единоличного исполнительного органа, руководителя (руководителей) коллегиального исполнительного органа соискателя лицензии;

5) сведения о составе акционеров (участников);

6) документы, подтверждающие оплату уставного капитала в полном размере;

7) документы о государственной регистрации юридических лиц, являющихся учредителями субъекта страхового дела, аудиторское заключение о достоверности их бухгалтерской (финансовой) отчетности за последний отчетный период, если для таких лиц предусмотрен обязательный аудит;

8) сведения о единоличном исполнительном органе, руководителе коллегиального исполнительного органа, руководителе филиала, главном бухгалтере с приложением документов, подтверждающих соответствие указанных лиц установленным квалификационным и иным требованиям, сведения о руководителе ревизионной комиссии (ревизоре) соискателя лицензии;

9) сведения об актуарии;

10) документы (согласно перечню, установленному нормативными актами органа страхового надзора), подтверждающие источники происхождения денежных средств, вносимых учредителями соискателя лицензии - физическими лицами в уставный капитал;

11) сведения о внутреннем аудиторе, руководителе службы внутреннего аудита соискателя лицензии с приложением документов, подтверждающих их соответствие установленным квалификационным и иным требованиям;

12) положение о внутреннем аудите;

13) документы, подтверждающие соответствие соискателя лицензии требованиям, установленным законодательством РФ о государственной тайне (если данное требование установлено законом);

14) иные документы, подтверждающие соответствие соискателя лицензии требованиям, установленным федеральными законами о конкретных видах обязательного страхования (если они их содержат).

Соискатели лицензий, являющиеся дочерними обществами по отношению к иностранным инвесторам (основным организациям) или имеющие долю иностранных инвесторов в своих уставных капиталах более 49%, в дополнение к документам, указанным в п. 3 ст. 32 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ", представляют в порядке, установленном законодательством страны места учреждения иностранных инвесторов, согласие в письменной форме соответствующего органа по надзору за страховой деятельностью страны места учреждения на участие иностранных инвесторов в уставных капиталах страховых организаций, созданных на территории РФ, или уведомляют орган страхового надзора об отсутствии требования к наличию такого согласия в стране места учреждения иностранных инвесторов.

**Органом страхового надзора** в России является **Центральный банк РФ**.

В соответствии со ст. 32.5 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ" лицензия выдается **без ограничения срока ее действия** и действует со дня ее получения субъектом страхового дела.

Постановлением Правительства РФ от 31 декабря 2010 г. N 1227 "Об особенностях лицензирования деятельности страховых медицинских организаций в сфере ОМС и признании утратившими силу некоторых актов Правительства РФ" установлены следующие **особенности лицензирования страховых медицинских организаций**:

1) соискатель лицензии на осуществление страхования в части ОМС представляет в Центральный банк РФ сведения и документы, предусмотренные п. 3 ст. 32 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ", при этом в заявлении о предоставлении лицензии указываются субъекты РФ, на территориях которых соискатель лицензии предполагает осуществлять деятельность в сфере ОМС;

2) в лицензии указываются субъекты РФ, на территориях которых страховая медицинская организация вправе осуществлять деятельность в сфере ОМС;

3) при осуществлении функций по контролю и надзору за деятельностью страховых медицинских организаций - участников ОМС Центральный банк РФ взаимодействует с ФФОМС и ТФОМС.

Лицензия страховой медицинской организации, как и любой страховой организации, может быть **аннулирована** в случае:

1) непринятия соискателем лицензии мер для получения лицензии в течение двух месяцев со дня уведомления о выдаче лицензии;

2) установления до момента выдачи лицензии факта представления соискателем лицензии недостоверной информации.

Также действие лицензии может быть ограничено или приостановлено, либо деятельность страховой медицинской организации может быть прекращена, а сама она ликвидирована в связи с отзывом лицензии.

Основанием к **ограничению или приостановлению действия лицензии** является неисполнение предписания Банка России о нарушении страхового законодательства надлежащим образом или в установленный срок, а также в случае уклонения субъекта страхового дела от получения предписания.

Лицензия **отзывается** по инициативе Банка России в случаях:

- неустранения причин, явившихся основанием для ограничения или приостановления действия лицензии;

- неоднократного в течение года непредставления или неоднократного в течение года нарушения более чем на 15 рабочих дней сроков представления отчетности;

- если субъект страхового дела в течение 12 месяцев со дня получения лицензии не приступил к осуществлению предусмотренной лицензией деятельности или не осуществляет ее в течение финансового года;

- если страховая организация в течение трех месяцев со дня ограничения действия лицензии по причине исключения из профессионального объединения страховщиков не восстановила свое членство в таком объединении;

- в иных предусмотренных федеральным законом случаях (однако иных таких случаев законодательство не содержит).

Одновременно с отзывом лицензии (если только временная администрация не назначена ранее или на дату принятия решения об отзыве лицензии в отношении страховой организации не введена одна из процедур, применяемых в деле о банкротстве) Банк России назначает временную администрацию страховой организации по основаниям и в порядке, которые предусмотрены Федеральным законом от 26 октября 2002 г. N 127-ФЗ "О несостоятельности (банкротстве)".

1.4. Комментируемой статьей указывается, что страховые медицинские организации осуществляют **отдельные полномочия страховщика**. При этом в ч. 1 комментируемой статьи не говорится, отдельные полномочия какого страховщика осуществляются: ФФОМС или ТФОМС. Ранее уже отмечалось, что ТФОМС в свою очередь сам осуществляет отдельные полномочия страховщика по базовой программе ОМС, но объем полномочий, осуществляемых ТФОМС, а также пределы базовой программы ОМС и порядок реализации полномочий страховщика территориальными фондами определяются комментируемым Законом. Правильно называть ТФОМС страховщиками на региональном уровне, хотя комментируемый Закон не применяет к ним термин "страховщик", а ФФОМС следует считать страховщиком на федеральном уровне.

Отсюда следует вывод, что страховые медицинские организации (поскольку комментируемым Законом не указано иное) выполняют отдельные полномочия как федерального страховщика - ФФОМС, так и регионального - ТФОМС. При этом нужно учитывать, что используемый термин "страховщик" в ч. 1 комментируемой статьи при буквальном толковании должен относится только к ФФОМС (см. [комментарий к ст. 12](#Par1130)). Однако при подобном (буквальном) толковании страховые медицинские организации не могли бы осуществлять отдельные полномочия ТФОМС как страховщика в рамках территориальных программ ОМС.

2. Часть 2 комментируемой статьи посвящена **составу учредителей страховой медицинской организации** и **составу органов управления** такой организации и направлена на то, чтобы избежать возможного конфликта интересов в сфере ОМС. Согласно комментируемой норме в состав учредителей (участников, акционеров) и органы управления страховой медицинской организации не могут входить:

- работники федеральных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения;

- работники органов исполнительной власти субъектов РФ в сфере здравоохранения;

- работники органов местного самоуправления, уполномоченных на осуществление управления в сфере здравоохранения;

- работники ФФОМС;

- работники ТФОМС;

- работники медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по ОМС.

Представляется, что на практике обход этого положения ч. 2 комментируемой статьи не является сложным. Указанная статья не затрагивает аффилированных лиц перечисленных работников, определяемых в соответствии со ст. 4 Закона РСФСР от 22 марта 1991 г. N 948-1 "О конкуренции и ограничении монополистической деятельности на товарных рынках" и ст. 53.2 ГК РФ. Не урегулирован также вопрос и о мерах, которые могут быть применены в случае нарушения запрета к перечисленным лицам и страховым медицинской организациям, не установлена ответственность таких лиц.

3. Часть 3 комментируемой статьи касается **правоспособности страховых медицинских организаций**, при этом комментируемая норма устанавливает значительные особенности по сравнению с иными страховыми организациями.

Много споров вызывает определение правоспособности страховой организации. Данный вопрос возник из-за прежней <83> редакции ст. 6 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ", в которой указывалось, что предметом непосредственной деятельности страховщиков не могут быть производственная, торгово-посредническая и банковская деятельность. Это привело к тому, что мнения ученых по вопросу правоспособности страховых организаций разделились: одни считали, что страховщики обладают общей (универсальной) правоспособностью, другие - что ограниченной, третьи - исключительной правоспособностью. Данный вопрос был затронут в совместном Постановлении Пленума Верховного Суда РФ и Пленума Высшего Арбитражного Суда РФ от 1 июля 1996 г. N 6/8 "О некоторых вопросах, связанных с применением части первой Гражданского кодекса Российской Федерации", в п. 18 которого страховые организации, банки, инвестиционные институты наряду с унитарными предприятиями были признаны коммерческими организациями со специальной правоспособностью. В дальнейшем судебная практика исходила именно из признания за страховыми организациями **специальной правоспособности**.

--------------------------------

<83> До масштабных изменений, внесенных Федеральным законом от 10 декабря 2003 г. N 172-ФЗ "О внесении изменений и дополнений в Закон РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации" и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации".

Такой подход к правосубъектности страховых организаций вызвал критику ряда ученых <84>, поскольку само по себе получение специального разрешения (лицензии) "в принципиальном плане" не влияет на характер правосубъектности коммерческой организации (так, например, получение лицензии на занятие строительной деятельностью не делает правоспособность строительной организации специальной). Отмечается, что лицензирование само по себе ("по своему смыслу") изменяет правоспособность участников гражданского оборота. Тем не менее безусловных оснований говорить о специальной правоспособности лиц, получивших лицензию, не имеется. Кроме того, наличие запретов на занятие теми или иными видами деятельности нельзя рассматривать в качестве основания отнесения какой-либо организации к юридическим лицам со специальной правоспособностью, поскольку такие правовые запреты в равной мере распространяются и на общую, и на специальную правоспособность юридического лица.

--------------------------------

<84> См.: Белых В.С., Кривошеев И.В. Страховое право. М., 2001. С. 51.

Новая редакция ст. 6 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ" теперь не содержит видов деятельности, которыми страховщики не вправе заниматься, что, с одной стороны, не позволяет сейчас говорить о правоспособности страховых организаций как об исключительной, а с другой - ставит под сомнение отнесение страховых организаций к юридическим лицам со специальной правоспособностью. В.С. Белых и И.В. Кривошеев отмечают (и с ними следует согласиться), что о специальной правоспособности страховых организаций можно говорить лишь "в контексте осуществления ими предпринимательской деятельности". Ограничивать же право страховых организаций на совершение иных сделок (купли-продажи, аренды и т.п.) недопустимо. Изменения, внесенные в ст. 6 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ", исключающие ограничения по видам деятельности для страховых организаций, подчеркивают правильность подобного подхода.

А.И. Худяков обращает внимание на "специализацию" в рамках самой страховой деятельности <85>. В соответствии с п. 8 ст. 4 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ" страховщики вправе осуществлять либо имущественное страхование и такие виды личного страхования, как страхование от несчастных случаев и болезней и медицинское страхование, либо только личное страхование (сочетание страхования жизни, страхования от несчастных случаев и болезней и медицинского страхования). Иное может быть предусмотрено федеральным законом.

--------------------------------

<85> См.: Худяков А.И. Страховое право. СПб.: Юридический центр Пресс, 2004. С. 256, 259.

Комментируемым Законом как раз и установлена **специализация страховых медицинских организаций на занятие страховой деятельностью**: они вправе заниматься лишь обязательным и добровольным медицинским страхованием. Помимо этого, в отношении страховых медицинских организаций правильно говорить, что их правоспособность является **ограниченной**, поскольку занятие страхованием (страховым делом) является единственным видом деятельности, разрешенным законодательством.

4. Часть 4 комментируемой статьи касается вопроса об **учете доходов и расходов по операциям со средствами ОМС и средствами добровольного медицинского страхования**. Указанная норма направлена на разграничение доходов и расходов от видов деятельности страховых медицинских организаций и посвящена особенностям бухгалтерского учета в них, - ведется **раздельный учет** доходов и расходов по операциям со средствами ОМС и средствами добровольного медицинского страхования.

С 1 января 2017 г. на территории России начало действовать Положение Банка России от 28 декабря 2015 г. N 526-П "Отраслевой стандарт бухгалтерского учета "Порядок составления бухгалтерской (финансовой) отчетности страховых организаций и обществ взаимного страхования". Вступление данного нормативного акта в силу было связано с вступлением в силу с 1 января 2017 г. другого акта - Приказа Минфина России от 11 апреля 2016 г. N 42н, признавшего утратившим силу Приказ Минфина России от 27 июля 2012 г. N 109н "О бухгалтерской (финансовой) отчетности страховщиков".

5. Часть 5 комментируемой статьи посвящена другому аспекту ведения учета в страховой медицинской организации: **раздельному учету собственных средств и средств ОМС, предназначенных для оплаты медицинской помощи**.

Согласно п. 2 ст. 25 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ" **собственные средства (капитал) страховщиков** (за исключением обществ взаимного страхования) включают в себя уставный капитал, резервный капитал, добавочный капитал и нераспределенную прибыль. Минимальный размер уставного капитала страховых медицинских организаций не может быть менее 120 000 000 рублей.

Раздельный учет в страховой медицинской организации означает проведение операций со средствами ОМС без смешения их в бухгалтерском учете с иным имуществом страховой медицинской организации.

Развития положение ч. 5 комментируемой статьи производится в следующей части комментируемой статьи.

6. Частью 6 комментируемой статьи установлено, что средства, предназначенные для оплаты медицинской помощи и поступающие в страховую медицинскую организацию, являются средствами **целевого финансирования** (целевыми средствами) и **не входят в собственность страховой организации**.

От ТФОМС на основании договора о финансовом обеспечении ОМС страховые медицинские организации получают денежные средства:

1) в качестве вознаграждения за выполнение условий, предусмотренных договором о финансовом обеспечении ОМС (п. 4 ч. 3 ст. 38 комментируемого Закона);

2) предназначенные на расходы на ведение дела по ОМС, в пределах установленного норматива (например, расходы, связанные с организацией контроля (ч. 18 ст. 38 комментируемого Закона).

Раздельный учет основывается в том числе на положениях ч. 3 ст. 28 комментируемого Закона, в соответствии с которой получение страховой медицинской организацией средств ОМС не влечет за собой перехода этих средств в собственность страховой медицинской организации, за исключением случаев, установленных комментируемым Законом (другими случаями как раз и являются п. 4 ч. 3 и ч. 17 ст. 38 комментируемого Закона). В то же время в силу п. 4 ст. 21 комментируемого Закона доходы от размещения временно свободных средств ОМС входят в состав средств ОМС.

Таким образом, следует констатировать, что средства, полученные страховой медицинской организацией в рамках ОМС, могут переходить в собственность этой организации только в случаях, прямо указанных в комментируемом Законе (см. Постановление ФАС Дальневосточного округа от 20 августа 2013 г. N Ф03-1960/2013 г. по делу N А04-7114/2012).

При этом в комментируемой норме указывается, что целевые средства должны храниться страховой медицинской организацией только **на отдельных банковских счетах** в кредитных организациях, которые отвечают требованиям, указанным в Постановлении Правительства РФ от 7 марта 2015 г. N 204 "Об установлении требований к кредитным организациям, в которых страховые медицинские организации открывают отдельные банковские счета для осуществления операций со средствами целевого финансирования". В соответствии с указанным Постановлением Правительства РФ кредитные организации должны отвечать следующим требованиям:

- иметь генеральную лицензию Центрального банка РФ на осуществление банковских операций;

- иметь собственные средства (капитал) в размере не менее 10 млрд рублей по имеющейся в Центральном банке РФ отчетности на день проверки соответствия кредитной организации требованиям, предусмотренным указанным Постановлением Правительства РФ от 7 марта 2015 г. N 204, либо находиться под прямым или косвенным контролем Центрального банка РФ или Российской Федерации (в случае, если кредитная организация включена в перечень кредитных организаций, размещаемый Центральным банком РФ на своем официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети Интернет).

7. Частью 7 определяются **основы деятельности страховой медицинской организации в сфере ОМС**, в качестве которых комментируемым Законом названы:

- договор о финансовом обеспечении ОМС, заключаемый страховой медицинской организации с ТФОМС (см. [комментарий к ст. 38](#Par2923));

- договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, заключенный между страховой медицинской организацией и медицинской организацией (см. [комментарий к ст. 39](#Par3089)).

8. Частью 8 комментируемой статьи определяется **ответственность страховых медицинских организаций.** Исходя из данной статьи, ответственность по обязательствам в рамках ОМС для страховых медицинских организаций, с одной стороны, договорная, с другой стороны, гражданско-правовая (ст. 15, п. 3 ст. 937 ГК РФ). Сказанное не означает, что страховые медицинские организации не несут иных видов ответственности в соответствии с законодательством РФ (например, ответственность за нарушение антимонопольного законодательства, бюджетного законодательства). Однако поскольку договоры в сфере ОМС являются основными источниками прав и обязанностей для страховых медицинских организаций в сфере ОМС, то и ответственность связана именно с такими обязательствами.

9. Часть 9 комментируемой статьи содержит императивную норму о размещении на собственных официальных сайтах в сети Интернет страховой медицинской организации определенного объема информации. Иными каналами информирования являются средства массовой информации или иные способы донесения информации. Информирование осуществляется в интересах застрахованных лиц.

**Объем информации, публикуемой страховой медицинской организацией,** также зафиксирован комментируемой нормой. К нему относится информация:

- о деятельности страховой медицинской организации;

- о составе учредителей (участников, акционеров) страховой медицинской организации;

- о финансовых результатах деятельности страховой медицинской организации;

- об опыте работы страховой медицинской организации;

- о количестве застрахованных лиц в страховой медицинской организации;

- о медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории субъекта РФ, с которыми заключила договор страховая медицинская организация;

- о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;

- о выявленных по обращениям застрахованных лиц нарушениях при предоставлении медицинской помощи;

- о правах граждан в сфере ОМС, в том числе праве выбора или замены страховой медицинской организации, медицинской организации вместе с заявлениями о выборе (замене) страховой медицинской организации (унифицированный образец заявления приведен в приложении N 1 к Методическим указаниям по представлению информации в сфере ОМС);

- о порядке получения полиса ОМС, в том числе: заявление о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса (унифицированный образец заявления приведен в приложении N 3 к Методическим указаниям по представлению информации в сфере ОМС); адреса и режим работы пунктов выдачи полисов;

- адреса официальных сайтов в сети Интернет страховых медицинских организаций, участвующих в сфере ОМС субъекта РФ;

- номера телефонов и адреса электронной почты справочной службы страховой медицинской организации, участвующей в сфере ОМС субъекта РФ;

- перечень документов, необходимых для получения полиса ОМС;

- порядок обжалования решений, действий или бездействия работников при выдаче полисов ОМС;

- номера телефонов и адреса электронной почты подразделений по организации защиты прав застрахованных лиц страховых медицинских организаций, участвующих в сфере ОМС на территории субъекта РФ и ТФОМС;

- информация об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с комментируемым Законом.

Вышеперечисленная информация должна быть размещена на **главной странице собственного официального сайта** страховой медицинской организации в сети Интернет следующими способами:

1) непосредственно в виде текста, а при необходимости содержать таблицы, графики, диаграммы, графические изображения;

2) в виде активных ссылок, при активации которых пользователь получает доступ к страницам сайта, содержащим информацию, указанную выше;

3) в виде пиктограмм, обозначающих размещенные файлы, содержащие информацию, указанную выше.

Размещаемая на сайте информация должна **актуализироваться** не позднее 3 рабочих дней с момента ее изменения.

10. Часть 10 комментируемой статьи регулирует отношения по получению страховой медицинской организации статуса участника отношений по ОМС. Чтобы быть участником отношений по ОМС, страховая медицинская организация должна быть **включенной в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС**.

Таким образом, комментируемая норма затрагивает три группы отношений:

- по порядку включения страховых медицинских организаций в реестр;

- порядку ведения реестра;

- порядку исключения страховых медицинских организаций из реестра.

10.1. Для включения в реестр страховых медицинских организаций страховая медицинская организация должна подать **уведомление об этом в ТФОМС** в срок до 1 сентября года, предшествующего году, в котором страховая медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере ОМС. В уведомлении (которое может быть подано по телекоммуникационным каналам связи с соблюдением требований по технической защите конфиденциальной информации через официальный сайт ТФОМС в сети Интернет или предоставлено на бумажном носителе) должны быть указаны сведения, предусмотренные п. 84 Правил ОМС.

В случае направления уведомления в электронном виде страховая медицинская организация в течение семи рабочих дней с даты его направления представляет в ТФОМС копии документов, подтверждающие сведения, указанные выше. При представлении уведомления на бумажном носителе копии данных документов представляются одновременно. Копии лицензии страховой медицинской организации и иных документов, подтверждающих сведения, указанные в уведомлении, должны быть заверены подписью руководителя страховой медицинской организации (филиала) и печатью страховой медицинской организации (филиала). В случае предоставления уведомления за подписью руководителя филиала страховой медицинской организации к документам прилагается копия доверенности, подтверждающая полномочия директора филиала.

Уведомление должно быть подписано руководителем страховой медицинской организации (филиала), с указанием даты, и заверено печатью страховой медицинской организации (филиала). Наряду с этим уведомление должно содержать подпись руководителя страховой медицинской организации (филиала), подтверждающую его информированность об условиях деятельности в сфере ОМС.

Примерный **образец уведомления** об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования страховых медицинских организаций приведен в приложении N 5 к Методическим указаниям по представлению информации в сфере ОМС.

ТФОМС в день получения документов от страховой медицинской организации осуществляет их проверку на соответствие сведениям, указанным в уведомлении и при установлении соответствия вносит данную страховую медицинскую организацию в реестр страховых медицинских организаций с присвоением реестрового номера.

Таким образом, страховая медицинская организация, которая уже работает в сфере ОМС в текущем году и намеревается продолжать работать в данной сфере и в следующем году, обязана подавать уведомление вновь. Законодательство об ОМС не предусматривает автоматического продления статуса участника ОМС для страховых медицинских организаций.

10.2. В соответствии с Правилами ОМС реестр страховых медицинских организаций субъектов России ведется соответствующими ТФОМС. Реестры страховых медицинских организаций субъектов РФ являются сегментами единого реестра страховых медицинских организаций. Ведение единого реестра страховых медицинских организаций осуществляется ФФОМС.

В соответствии с п. 83 Правил ОМС **в реестре страховых медицинских организаций указываются следующие сведения** о страховой медицинской организации:

1) код субъекта РФ по ОКАТО, где расположена данная организация;

2) реестровый номер страховой медицинской организации;

3) КПП;

4) ИНН;

5) ОГРН;

6) полное и краткое наименование в соответствии с ЕГРЮЛ;

7) организационно-правовая форма;

8) является ли организация головной организацией (в этом случае указывается шифр 1) или обособленным подразделением (филиалом) (в этом случае указывается шифр 2);

9) место нахождения, юридический адрес;

10) фактический адрес организации в соответствии с ЕГРЮЛ;

11) место нахождения и адрес филиала (представительства) на территории субъекта РФ в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ;

12) Ф.И.О., телефон и факс руководителя, адрес электронной почты;

13) Ф.И.О., телефон и факс, адрес электронной почты руководителя обособленного подразделения (филиала) страховой медицинской организации на территории субъекта РФ;

14) сведения о лицензии (номер, дата выдачи и окончания срока действия);

15) дата включения в реестр страховых медицинских организаций;

16) дата исключения из реестра страховых медицинских организаций;

17) причина исключения из реестра страховых медицинских организаций;

18) численность лиц, застрахованных страховой медицинской организацией в субъекте РФ на дату подачи уведомления об осуществлении деятельности в сфере ОМС.

ТФОМС обязан **публиковать реестр страховых медицинских организаций** соответствующего субъекта России в следующем объеме информации: реестровый номер страховой медицинской организации; КПП; полное и краткое наименование в соответствии с ЕГРЮЛ; Ф.И.О. и контактные данные руководителя, адрес электронной почты; Ф.И.О. и контактные данные руководителя обособленного подразделения (филиала); сведения о лицензии.

ФФОМС обязан обеспечить публикацию сведений единого реестра страховых медицинских организаций, указав, помимо аналогичной информации ТФОМС, также следующие сведения: дату включения страховой медицинской организации в реестр страховых медицинских организаций; дату исключения страховой медицинской организации из реестра страховых медицинских организаций.

10.3. Страховая медицинская организация подлежит **исключению из реестра** по одному из четырех оснований:

1) **приостановление либо прекращение действия лицензии** страховой медицинской организации (см. [п. 1.3 комментария к настоящей статье](#Par1254));

2) **ликвидация страховой медицинской организации** (см. [п. 1.3 комментария к настоящей статье](#Par1254)). Исключение из реестра страховых медицинских организаций в случаях приостановления либо прекращения действия лицензии или ликвидации страховой медицинской организации осуществляется в день получения ТФОМС сведений, подтверждающих данную информацию. Согласно п. 2.29 Типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, утв. Приказом Минздравсоцразвития РФ от 9 сентября 2011 г. N 1030н, страховая медицинская организация обязана информировать ТФОМС о фактах приостановления или прекращения действия лицензии, реорганизации или ликвидации страховой медицинской организации в течение пяти рабочих дней со дня возникновения таких фактов;

3) непредставление документов в срок, установленный ч. 10 комментируемой статьи, то есть **несовершение страховой медицинской организацией действий по направлению уведомления до 1 сентября** года, предшествующего тому, в котором страховая медицинская организация планирует осуществлять деятельность в сфере ОМС;

4) **направление уведомления о досрочном расторжении договора о финансовом обеспечении ОМС**. Данное уведомление в соответствии с ч. 15 ст. 38 комментируемого Закона направляется страховой медицинской организацией в ТФОМС за три месяца до даты расторжения договора о финансовом обеспечении. Страховая медицинская организация исключается из реестра не позднее следующего рабочего дня после дня расторжения договора о финансовом обеспечении ОМС.

В Методических указаниях по представлению информации в сфере ОМС содержится примерный образец соответствующего уведомления - Образец уведомления об исключении из реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (приложение N 6).

Уведомление представляется на бумажном носителе или в электронном виде. Уведомление в электронном виде направляется на электронных носителях или путем передачи по телекоммуникационным каналам связи с соблюдением требований по технической защите конфиденциальной информации через официальный сайт ТФОМС в сети Интернет. Уведомление должно быть подписано руководителем страховой медицинской организации (филиала) с указанием даты, подпись руководителя должна быть скреплена печатью.

При этом следует отметить, что страховая медицинская организация, включенная в реестр страховых медицинских организаций на основании уведомления, направленного в ТФОМС до 1 сентября года, предшествующего году участия в сфере ОМС, может **до заключения договора о финансовом обеспечении** направить в ТФОМС просьбу об исключении из реестра в предшествующем году и информировании ее о факте исключения.

11. Часть 11 комментируемой статьи направлена на защиту прав и законных интересов застрахованных лиц в сфере ОМС. Поэтому в случаях, если на территориях субъектов РФ отсутствуют страховые медицинские организации, включенные в реестр страховых медицинских организаций, их полномочия осуществляются ТФОМС до дня начала осуществления деятельности страховых медицинских организаций, включенных в реестр. При этом такой ТФОМС, замещающий страховые медицинские организации, заключает договоры на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, несет в этой части права и обязанности такой стороны по договору.

Статья 15. Медицинские организации в сфере обязательного медицинского страхования

Комментарий к статье 15

1. Комментируемая статья завершает группу норм, посвященных участникам ОМС (см. также [комментарий к ст. ст. 13](#Par1154) и [14](#Par1186)). Данные лица участвуют в **отношениях, связанных с ОМС**. По своей сути это отношения по непосредственному оказанию медицинской помощи (исполнению обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая) и по ее оплате медицинской организации, а также контролю и надзору за качеством и стоимостью оказанной медицинской помощи.

В то же время комментируемая статья не является единственной нормой, определяющей правовой статус медицинских организаций в медицинском страховании. Исключительно по технико-юридическим причинам в ст. 20 настоящего Федерального закона отдельно от комментируемой статьи рассматриваются права и обязанности медицинских организаций (см. [комментарий к ст. 20](#Par1751)).

2. В ч. 1 комментируемой статьи дается легальное **определение медицинской организации** для целей комментируемого Закона.

Медицинские организации в сфере ОМС по своему правовому статусу отличаются от иных медицинских организаций. Нормы комментируемого Закона не распространяются на медицинские организации, не участвующие в ОМС, а также не регулируют отношения, хотя и возникающие с участием медицинских организаций (признаваемых таковыми комментируемым Законом), но не относящиеся к ОМС. В связи с этим понятие медицинской организации в комментируемом Законе не совпадает по своему правовому значению с понятием медицинской организации, закрепленным в п. 11 ст. 2 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ".

Согласно комментируемой норме для того, чтобы медицинская организация признавалась таковой для целей комментируемого Закона, она должна **обладать одновременно тремя признаками**:

1) иметь **право на осуществление медицинской деятельности**.

Легальное определение медицинской деятельности приведено в ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ". В соответствии с п. 10 ст. 2 указанного Федерального закона **медицинская деятельность** - это профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях.

Исходя из п. 11 ст. 2 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" правом на осуществление медицинской деятельности обладают лица, осуществляющие в качестве основного вида деятельности медицинскую помощь и получившие лицензию в порядке, установленном нормами ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности". В свою очередь, основной вид деятельности организаций определяется на основании Приказа Росстата от 31 декабря 2014 г. N 742 "О Методических указаниях по определению основного вида экономической деятельности хозяйствующих субъектов на основе Общероссийского классификатора видов экономической деятельности (ОКВЭД 2) для формирования сводной официальной статистической информации";

2) быть включенной в **реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере медицинского страхования** (подробнее см. [п. п. 3](#Par1390) - [5 комментария к настоящей статье](#Par1404)).

В комментируемой норме не прописано, но также следует учесть, что для того, чтобы участвовать в реализации территориальной программы ОМС, медицинской организации комиссией по разработке территориальной программы ОМС должен быть установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств ОМС;

3) быть созданной в организационно-правовой форме, установленной в Российской Федерации для **юридических лиц**, либо являться **индивидуальным предпринимателем**, осуществляющим медицинскую деятельность.

Словосочетание "медицинская организация" означает таким образом вид лица (индивидуального или коллективного), занимающегося или не занимающегося предпринимательской деятельностью, который непосредственно оказывает необходимую медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках ОМС при наступлении страхового случая. При этом важно подчеркнуть, что не имеет значения, является ли медицинская организация частной или муниципальной, или государственной.

Обращает на себя внимание тот факт, что данная норма весьма необычно относит индивидуального предпринимателя к организациям. При этом если ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" делает оговорку, что для целей этого Закона индивидуальные предприниматели **приравниваются** к медицинским организациям, то комментируемый Закон содержит иную формулировку: "Для целей настоящего Федерального закона к медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования... **относятся**... индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность". Таким образом, комментируемый Закон является, пожалуй, единственным нормативным актом, который в нарушение теории о юридических лицах и индивидуальных предпринимателях называет последних организациями.

Согласно положениям комментируемого Закона возможно также условное выделение двух видов медицинских организаций: 1) созданных по российскому законодательству и действующих на территории России и 2) созданных по российскому законодательству, но действующих за рубежом (более подробно см. [п. 9 комментария к настоящей статье](#Par1424)).

3. Часть 2 комментируемой статьи посвящена **включению медицинской организации в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере медицинского страхования**. Данный порядок является уведомительным. Фактически ч. 2 комментируемой статьи определяет порядок получения и прекращения статуса медицинской организации в сфере ОМС (входа на рынок ОМС и ухода с него).

**Во-первых,** для получения статуса медицинской организации заинтересованное лицо, желающее ей стать, направляет в ТФОМС до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере ОМС, **уведомление**.

Ни форма уведомления, ни его содержание комментируемым Законом не установлены, этому посвящены подзаконные нормативные акты.

Порядок ведения, форма реестра медицинских организаций и перечень сведений, содержащихся в реестре, устанавливаются Правилами ОМС. В соответствии с п. 103 Правил ОМС медицинская организация, имеющая право на осуществление деятельности в сфере ОМС субъекта РФ, направляет уведомление о включении в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, на бумажном носителе или в электронном виде. Сведения, которые должны в нем содержаться, перечислены в п. 104 Правил ОМС.

Образец уведомления содержится в Методических указаниях по представлению информации в сфере ОМС (приложение N 7 - Образец уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования медицинских организаций).

Уведомление об осуществлении деятельности в сфере ОМС медицинских организаций заполняется медицинской организацией и представляется в ТФОМС на бумажном носителе или в электронном виде. В электронном виде уведомление может быть передано на электронных носителях или путем передачи по телекоммуникационным каналам связи с соблюдением требований по технической защите конфиденциальной информации направляется через официальный сайт ТФОМС в сети Интернет.

К уведомлению прилагается копия разрешения на медицинскую деятельность медицинской организации. Уведомление подписывается руководителем медицинской организации, с указанием даты, и содержит подпись руководителя медицинской организации, подтверждающую его информированность об условиях деятельности в сфере ОМС.

**Во-вторых,** уведомление должно быть подано заблаговременно - **до 1 сентября** года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере ОМС, или в условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, в иной срок, установленный высшим должностным лицом субъекта РФ.

Исключение (иное правило) установлено ч. 2.1 комментируемой статьи, введенной Федеральным законом от 1 апреля 2020 г. N 98-ФЗ, для **вновь создаваемых медицинских организаций** - для них комиссией по разработке территориальной программы ОМС в субъекте РФ могут быть установлены иные сроки подачи уведомления. При этом следует учитывать, что с учетом используемого в комментируемом Законе понятия медицинской организации к вновь созданным медицинским организациям следует относить также организации либо индивидуальных предпринимателей, получивших лицензию на занятие медицинской деятельностью.

Информация о сроках и порядке подачи уведомления о включении медицинской организации в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, размещается ТФОМС на своем официальном сайте в сети Интернет.

4. Часть 2 комментируемой статьи устанавливает также одну из важнейших гарантий для медицинских организаций в сфере ОМС. Речь идет о **запрете ТФОМС отказывать медицинской организации во включении в реестр** медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС. При этом отказ во включении в реестр может носить и не явный характер.

Пример. В антимонопольный орган поступило заявление от медицинской организации на действия Министерства здравоохранения и ТФОМС, выразившиеся в необоснованном исключении частной медицинской организации из числа медицинских организаций, допущенных оказывать медицинские услуги по программе ОМС. Необоснованное исключение выразилось в том, что медицинской организации не были выделены объемы предоставления медицинской помощи в системе ОМС в части оказания медицинской помощи по применению вспомогательных репродуктивных технологий методом экстракорпорального оплодотворения. Антимонопольный орган заявление медицинской организации удовлетворил. Впоследствии правильность решения антимонопольного органа была подтверждена судами различных инстанций, поскольку имелись нарушения, в том числе ч. 2 комментируемой статьи (см. Постановление Арбитражного суда Уральского округа от 25 декабря 2015 г. N Ф09-10442/15 по делу N А76-7175/2015).

5. В ч. 2.1 комментируемой статьи указывается на возможность высшего должностного лица субъекта РФ (руководителя высшего исполнительного органа государственной власти субъекта РФ) устанавливать срок подачи уведомления о включении медицинской организации в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, отличный от предусмотренного ч. 2 комментируемой статьи. Такая возможность предусмотрена **при условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих**.

При этом очевидно, что чрезвычайная ситуация должна быть объявлена в порядке, установленном Федеральным законом от 21 декабря 1994 г. N 68-ФЗ "О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера", а возможность угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, должна быть до этого определена в нормативных актах Российской Федерации или соответствующего субъекта.

Цель и причина введения такой нормы в апреле 2020 г. связана с распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19. Она позволяет при необходимости увеличить количество медицинских организаций, действующих в сфере ОМС, не дожидаясь следующего года.

Кроме того, предусмотрено, что информация о сроках и порядке подачи указанного уведомления размещается ТФОМС на своем официальном сайте в сети Интернет.

6. Часть 3 комментируемой статьи содержит положения, определяющие технико-юридические требования к **реестру медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС,** и порядку его обнародования, и устанавливает, что данный реестр ведется ТФОМС, а порядок ведения, форма и перечень сведений реестра медицинских организаций устанавливаются Правилами ОМС.

Реестры медицинских организаций, ведущиеся ТФОМС, являются сегментами единого реестра медицинских организаций, который ведется в рамках страны ФФОМС.

Реестр медицинских организаций, ведущийся как ТФОМС, так и ФФОМС, содержит сведения, перечисленные в п. 102 Правил ОМС. В частности, это:

- сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (наименование, номер, дата выдачи и окончания срока действия, фактический адрес отделения (структурного подразделения) медицинской организации, для которого действует указанный документ);

- виды медицинской помощи, оказываемые медицинской организацией в рамках территориальной программы;

- профили медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией в рамках территориальной программы.

Указанные сведения (кроме связанных с исключением медицинской организации из реестра медицинских организаций) указываются в реестре на основании документов, предоставленных самой медицинской организацией путем направления в ТФОМС копий документов, заверенных подписью руководителя медицинской организации и печатью медицинской организации, подтверждающих сведения, указанные в документах.

7. Часть 4 комментируемой статьи, с одной стороны, устанавливает **запрет** для медицинской организации, включенной в реестр, **на прекращение медицинской деятельности в сфере ОМС**; с другой стороны, в ней рассматриваются две возможные ситуации, когда прекращение медицинской деятельности в сфере ОМС является допустимым:

- **первая ситуация** - это ликвидация (в том числе банкротство) медицинской организации;

- **вторая ситуация** - это исключение медицинской организации соответствующим ТФОМС из реестра ОМС на основании уведомления об этом, если такая медицинская организация до подачи уведомления об исключении не заключала договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС (см. [комментарий к ст. 39](#Par3089)).

8. Часть 5 комментируемой статьи определяет, что в сфере ОМС медицинские организации действуют на основании **договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС** (подробнее о данном договоре см. [комментарий к ст. 39](#Par3089)).

Согласно данной части **медицинская организация не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС**. Здесь необходимо отметить следующий нюанс: отношения между участниками ОМС (в данном случае речь идет про медицинскую организацию и страховую медицинскую организацию <86>) являются исключительно договорными, но при этом отношения между застрахованным лицом и медицинской организацией по поводу обращения застрахованного лица за медицинской помощью по ОМС основаны на законе, а конкретно на ч. 5 комментируемой статьи.

--------------------------------

<86> Подробнее о страховых медицинских организациях см. [комментарий к ст. 14](#Par1186).

Примечательно, что в комментируемой части говорится о территориальной программе ОМС, но не говорится о базовой программе ОМС. В данном положении нет какого-либо ущемления прав застрахованных лиц: согласно ч. 1 ст. 36 комментируемого Закона территориальная программа ОМС формируется в соответствии с требованиями, установленными базовой программой ОМС. Следовательно, территориальная программа расширяет гарантии бесплатного оказания медицинской помощи и развивает положения базовой программы. Комментируемая норма, таким образом, еще раз подтверждает права застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи.

9. Часть 6 комментируемой статьи говорит о раздельном учете по операциям со средствами ОМС. Раздельный учет для операций со средствами ОМС установлен, поскольку такие средства имеют **целевой характер**.

Комментируемая норма действует во взаимосвязи с п. 12 ч. 7 ст. 34 и ч. 9 ст. 39 комментируемого Закона. Первой из названных норм предусмотрен контроль ТФОМС за использованием средств ОМС страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, в том числе путем проведения проверок и ревизий (см. [комментарий к ст. 34](#Par2636)).

В соответствии с ч. 9 ст. 39 настоящего Федерального закона (см. [комментарий к ст. 39](#Par3205)) 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. Согласно решениям судов несоблюдение целевого характера средств ОМС является достаточным для наложения на медицинскую организацию штрафа (см. Постановление Арбитражного суда Северо-Кавказского округа от 17 ноября 2016 г. N Ф08-8543/2016 г. по делу N А32-26157/2014).

10. Часть 7 комментируемой статьи касается вопроса предоставления застрахованным лицам гарантий оказания бесплатной медицинской помощи **за рубежом**. Застрахованным лицам предоставляются виды медицинской помощи, установленные базовой программой медицинской помощи. Базовая программа применяется здесь, поскольку невозможно принятие территориальных программ медицинской помощи за пределами России.

Для того чтобы комментируемая норма могла быть исполнена, медицинские организации, которые будут оказывать медицинскую помощь за рубежом, должны быть созданы в соответствии с законодательством России.

Глава 4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ,

СТРАХОВАТЕЛЕЙ, СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Статья 16. Права и обязанности застрахованных лиц

Комментарий к статье 16

1. Комментируемая статья в первых двух частях содержит **перечисление прав и обязанностей застрахованных лиц**. Остальные части - с 3 по 7 - содержат конкретизацию некоторых прав и обязанностей. Правильно указывать, что перечисленные в ч. 1 и 2 комментируемой статьи права и обязанности являются основными, но не исчерпывающими.

1.2. Первым из прав застрахованных лиц, указанных в ч. 1 комментируемой нормы, является **право на бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая**. Как уже пояснялось ранее (см. [комментарий к ст. 4](#Par498)), данное право не абсолютно и зависит от уровня предоставляемых гарантий оказания медицинской помощи застрахованным лицам.

Если гарантии оказания бесплатной медицинской помощи установлены **базовой программой медицинской помощи**, то такое право застрахованные лица реализуют на территории всей Российской Федерации. В тех случаях, когда оказание бесплатной медицинской помощи медицинской организацией предусмотрено **территориальной программой ОМС**, застрахованные лица реализуют право на бесплатную медицинскую помощь в рамках такой программы лишь в конкретном субъекте РФ, в котором выдан полис ОМС.

Абзац 2 п. 1 ч. 1 комментируемой статьи указывает, что фактом, определяющим наличие права у застрахованного лица на получение бесплатной медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС, является **факт выдачи полиса ОМС на территории соответствующего субъекта РФ**. Однако, следуя нормам п. 4 ч. 2, ч. 4 и 5 комментируемой статьи, а также в соответствии со ст. 46 комментируемого Закона и п. п. 3 и 248 Правил ОМС застрахованное лицо может не только сменить страховую медицинскую организацию, но и **получить право на бесплатное оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС другого субъекта РФ**. Здесь применяются положения Приказа Минздравсоцразвития России от 26 апреля 2012 г. N 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи" и Приказа Минздрава России от 21 декабря 2012 г. N 1342н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи".

Как видно, получение полиса не зависит (не всегда зависит) от места регистрации или постоянного проживания застрахованного лица, поскольку доступ такого лица к территориальной программе ОМС связан в первую очередь с учетом такого застрахованного в ТФОМС. При этом очевидно, что если застрахованное лицо хочет реализовывать свое право на получение бесплатной медицинской помощи в объеме, предусмотренном территориальной программой ОМС, то обращаться ему следует в те медицинские организации, которые ее предоставляют, то есть медицинские организации соответствующего субъекта РФ.

Важно еще раз подчеркнуть, что бесплатность оказания медицинской помощи застрахованным лицам в рамках программ ОМС - это бесплатность именно для застрахованных лиц, но это не означает, что данная помощь никем не оплачивается. Наоборот, она подлежит оплате за счет средств ОМС.

1.3. В п. 2 ч. 1 комментируемой статьи установлено право застрахованного лица на **выбор страховой медицинской организации** путем подачи заявления в порядке, установленном Правилами ОМС. Данное право (право выбора) в том виде, в котором оно изложено в комментируемой норме, содержит и указание на правовой порядок его реализации. В дальнейшем этот порядок раскрывается также в ч. 4 и 5 комментируемой нормы (см. [п. 4 комментария к настоящей статье](#Par1514)).

1.4. В п. 3 ч. 1 комментируемой статьи предусматривается право застрахованного лица на **замену страховой медицинской организации**. Данное право (как и любое субъективное право) имеет ограничения. По воле застрахованного лица сменить страховую медицинскую организацию можно **один раз в течение календарного года** не позднее 1 ноября. Воспользоваться указанным правом чаще возможно лишь в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении ОМС, заключенного страховой медицинской организацией, в которой выдан полис застрахованному лицу, с ТФОМС. Порядок смены страховой медицинской организации в этом случае определяется на основании Правил ОМС и осуществляется путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию. Порядок реализации рассматриваемого права застрахованного лица также раскрывается в ч. 4 и 5 комментируемой статьи (см. [п. 4 комментария к настоящей статье](#Par1514), [комментарии к ст. ст. 45](#Par3853), [46](#Par3939)).

1.5. В п. 4 ч. 1 комментируемой статьи закрепляется право застрахованного лица **выбирать медицинские организации из числа участвующих в реализации территориальной программы ОМС**. При выборе медицинской организации застрахованное лицо вправе ориентироваться лишь на реестр медицинских организаций, который ведется ТФОМС (см. [п. 5 комментария к ст. 15](#Par1404)). Отсутствие заключенного договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС между такой медицинской организацией и страховой медицинской организацией, выдавшей полис ОМС застрахованному лицу, не является препятствием для выбора. Публикация реестра медицинских организаций в том числе в сети Интернет обеспечивает реализацию застрахованным лицом своего права выбора медицинской организации на данном этапе.

Порядок выбора медицинской организации устанавливается Приказом Минздравсоцразвития РФ от 26 апреля 2012 г. N 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи". Указанным нормативным актом предусмотрен общий порядок выбора медицинской организации, а также особенности выбора медицинской организации в зависимости от вида медицинской помощи.

**Общий порядок и основания выбора медицинской организации.**

В соответствии с данным порядком право выбора медицинской организации могут реализовать лишь совершеннолетние (либо приобретшие дееспособность до достижения совершеннолетия путем вступления в брак или эмансипации) дееспособные граждане. Для несовершеннолетних это право реализуется их родителями или иными законными представителями.

В некоторых случаях застрахованные лица **не обладают правом на выбор медицинской организации** при оказании им медицинской помощи. К таким лицам отнесены:

- военнослужащие и лица, приравненные по медицинскому обеспечению к военнослужащим;

- граждане, проходящие альтернативную гражданскую службу;

- граждане, подлежащие призыву на военную службу или направляемые на альтернативную гражданскую службу;

- граждане, поступающие на военную службу по контракту или приравненную к ней службу;

- задержанные, заключенные под стражу, отбывающие наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста.

Реализация права выбора медицинской организации осуществляется путем подачи **письменного заявления в медицинскую организацию**, выбранную застрахованным лицом, в котором должны содержаться такие сведения:

1) наименование и фактический адрес медицинской организации, принявшей заявление;

2) фамилия и инициалы руководителя медицинской организации, принявшей заявление;

3) информация о гражданине:

4) информация о представителе гражданина (в том числе законном представителе):

5) номер полиса ОМС гражданина;

6) наименование страховой медицинской организации, выбранной гражданином;

7) наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления.

К указанному заявлению обязательно прилагаются **оригиналы документов:**

- для детей после государственной регистрации рождения и до 14 лет, являющихся гражданами РФ: 1) свидетельство о рождении; 2) документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка; 3) полис ОМС ребенка;

- для граждан РФ в возрасте 14 лет и старше: 1) паспорт гражданина РФ или временное удостоверение личности гражданина РФ, выдаваемое на период оформления паспорта; 2) полис ОМС;

- для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с ФЗ "О беженцах": 1) удостоверение беженца или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, или копия жалобы на решение о лишении статуса беженца, поданной в УВМ МВД России с отметкой о ее приеме к рассмотрению, или свидетельство о предоставлении временного убежища на территории РФ; 2) полис ОМС;

- для иностранных граждан, постоянно проживающих в РФ: 1) паспорт иностранного гражданина либо иной документ, удостоверяющий личность иностранного гражданина; 2) вид на жительство; 3) полис ОМС;

- для лиц без гражданства, постоянно проживающих в РФ: 1) документ, удостоверяющий личность лица без гражданства; 2) вид на жительство; 3) полис ОМС;

- для иностранных граждан, временно проживающих в РФ: 1) паспорт иностранного гражданина либо иной документ, удостоверяющий личность иностранного гражданина, с отметкой о разрешении на временное проживание в РФ; 2) полис ОМС;

- для лиц без гражданства, временно проживающих в РФ: 1) документ, удостоверяющий личность лица без гражданства, с отметкой о разрешении на временное проживание в РФ либо документ установленной формы, выдаваемый в РФ лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность; 2) полис ОМС;

- для представителя гражданина, в том числе законного: 1) документ, удостоверяющий личность, 2) документ, подтверждающий полномочия представителя (оформленный в соответствии со ст. 185, 185.1 ГК РФ);

- в случае изменения места жительства - документ, подтверждающий факт изменения места жительства.

Определены **особенности порядка выбора медицинской организации при осуществлении выбора медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь.**

При осуществлении выбора медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, гражданин должен быть ознакомлен с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) или фельдшеров, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

После получения заявления медицинская организация, принявшая заявление, в течение 2 рабочих дней направляет письмо посредством почтовой или электронной связи о подтверждении информации, указанной в заявлении, в медицинскую организацию, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления.

Медицинская организация, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, в течение 2 рабочих дней с момента получения вышеуказанного письма направляет соответствующую информацию письмом посредством почтовой или электронной связи в медицинскую организацию, принявшую заявление.

В течение двух рабочих дней после подтверждения медицинской организацией, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, информации, указанной в заявлении, руководитель медицинской организации, принявшей заявление, информирует гражданина (его представителя) в письменной или устной форме (лично или посредством почтовой связи, телефонной связи, электронной связи) о принятии гражданина на медицинское обслуживание.

В течение 3 рабочих дней после информирования гражданина о принятии его на медицинское обслуживание медицинская организация, принявшая заявление, направляет в медицинскую организацию, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, и в страховую медицинскую организацию, выбранную гражданином, уведомление о принятии гражданина на медицинское обслуживание <87>.

--------------------------------

<87> Пункты 10 и 11 Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утв. Приказом Минздравсоцразвития РФ от 26 апреля 2012 г. N 406н, в той части, в которой они не допускают выбора двух медицинских организаций и оформления двух медицинских документаций, признаны не противоречащими законодательству решением Верховного Суда РФ от 9 июня 2015 г. N АКПИ15-517, оставленным без изменения Определением Апелляционной коллегии Верховного Суда РФ от 15 сентября 2015 г. N АПЛ15-354.

После получения вышеуказанного уведомления медицинская организация, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, в течение 3 рабочих дней снимает гражданина с медицинского обслуживания и направляет копию медицинской документации гражданина в медицинскую организацию, принявшую заявление.

**Особенности порядка выбора медицинской организации при оказании скорой медицинской помощи** связаны с тем, что в данном случае выбор медицинской организации осуществляется гражданином с учетом соблюдения установленных сроков оказания скорой медицинской помощи. Фактически у застрахованных лиц в силу недостатка времени нет возможности произвести выбор медицинской организации при оказании им скорой медицинской помощи.

Такие же требования при осуществлении выбора установлены и для оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной форме (ч. 5 ст. 21 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ").

**Особенности порядка выбора медицинской организации при оказании специализированной медицинской помощи в плановой форме** предусматривают, что выбор медицинской организации осуществляется **по направлению** на оказание специализированной медицинской помощи, выданному лечащим врачом, которое должно содержать:

- наименование медицинской организации, участвующей в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в которую направляется гражданин, которому должна быть оказана специализированная медицинская помощь;

- дату и время, в которые необходимо обратиться за получением специализированной медицинской помощи с учетом соблюдения сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

При выдаче направления лечащий врач обязан проинформировать гражданина о медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в которых возможно оказание медицинской помощи с учетом сроков ожидания медицинской помощи, установленных такой территориальной программой.

На основании вышеуказанной информации гражданин осуществляет выбор медицинской организации, в которую он должен быть направлен для оказания специализированной медицинской помощи.

В случае если гражданин выбирает медицинскую организацию, в которой срок ожидания специализированной медицинской помощи превышает срок ожидания медицинской помощи, установленный территориальной программой, лечащим врачом делается соответствующая отметка в медицинской документации.

Выбор медицинской организации при оказании **специализированной медицинской помощи во внеплановой форме** не регулируется указанным порядком.

1.6. В п. 5 ч. 1 комментируемой статьи закрепляется право застрахованного лица на **выбор врача**. Данное право является не абсолютным правом и осуществляется в порядке, установленном комментируемой нормой, а также с учетом ст. 21 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ".

**Во-первых,** право застрахованного лица на выбор конкретного врача может быть реализовано лишь после выбора медицинской организации в соответствии с Порядком выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утв. Приказом Минздравсоцразвития России от 26 апреля 2012 г. N 406н.

**Во-вторых,** при таком выборе учитывается согласие врача.

1.7. В п. 6 ч. 1 комментируемой статьи указывается на право застрахованного лица **получать информацию от ТФОМС, страховой медицинской организации и медицинской организации** о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи. Реализация данного права застрахованного лица отражается через соответствующие обязанности указанных участников ОМС, указанные в ч. 9 ст. 14, ч. 3 ст. 15, ст. 19, п. п. 6 и 7 ч. 2 ст. 20, п. п. 8 и 11 ч. 2 ст. 38, п. 1 ч. 3, п. 1 ч. 4 ст. 39 комментируемого Закона.

1.8. В п. 7 ч. 1 комментируемой статьи установлено право застрахованного на **защиту персональных данных**, необходимых для ведения персонифицированного учета в сфере ОМС, что осуществляется в соответствии со ст. ст. 47 - 49 комментируемого Закона, а также Порядком ведения персонифицированного учета в сфере ОМС (см. [комментарий к ст. ст. 47](#Par4081) - [49](#Par4145)).

1.9. Пунктом 8 ч. 1 комментируемой статьи предусмотрено право застрахованного лица на **возмещение страховой медицинской организацией ущерба**, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи. Данное право получило свое развитие в ст. ст. 38 и 39 настоящего Федерального закон (см. [комментарий к ст. ст. 38](#Par2923) - [39](#Par3089)). Также данное право реализуется в соответствии с положениями ГК РФ о порядке возмещения ущерба.

При этом важно отметить, что страховая медицинская организация не вступает в какие-либо отношения с застрахованными лицами напрямую по оказанию медицинской помощи. Отношения между указанными субъектами складываются лишь при оформлении полисов ОМС, осуществлении информирования.

1.10. Пунктом 9 ч. 1 комментируемой статьи предусмотрено **возмещение медицинской организацией ущерба**, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи. Данное право получило свое развитие в ст. 41 настоящего Федерального закона (см. [комментарий к ст. 41](#Par3594)). Также данное право реализуется в соответствии с положениями ГК РФ.

1.11. Пункт 10 ч. 1 комментируемой статьи содержит общую норму, предусматривающую, что застрахованные лица имеют право на **защиту их прав и законных интересов в сфере ОМС**. С учетом принципов ОМС (ст. 4 комментируемого Закона), положений ст. ст. 37 - 39, в которых говорится, что договоры в сфере ОМС заключаются в пользу застрахованных лиц, можно утверждать, что весь комментируемый Закон направлен на защиту прав и законных интересов застрахованных лиц в сфере ОМС. Такая защита может быть как судебной (ст. 41 комментируемого Закона), так и внесудебной (при обращении с жалобами в ТФОМС и страховые медицинские организации в порядке, установленном ч. 12 ст. 40 комментируемого Закона. Кроме того, иногда в решениях судов указывается, что само по себе исполнение обязанностей, установленных комментируемым Законом, может признаваться защитой прав застрахованных лиц.

Пример. В Постановлении Арбитражного суда Уральского округа от 16 февраля 2017 г. N Ф09-12329/16 по делу N А60-63252/2015 указано, что ответчик (страховая медицинская организация), осуществляя деятельность по ОМС, обязан не только контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора, но также призван защищать интересы застрахованных лиц, граждан.

Права и законные интересы защищаются также иными лицами: ТФОМС, страховыми медицинскими организациями, в частности в порядке осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (ст. 40 комментируемого Закона).

2. В ч. 2 комментируемой статьи содержатся основные **обязанности застрахованных лиц**. Так, застрахованные лица обязаны:

1) **предъявить полис ОМС** при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи. Неисполнение данной обязанности не влечет какой-либо ответственности, а равно отказа в предоставлении медицинской помощи: поскольку полис ОМС лишь удостоверяет право застрахованного лица на медицинскую помощь, но не устанавливает такое право;

2) **подать в страховую медицинскую организацию** лично или через своего представителя **заявление о выборе страховой медицинской организации** в соответствии с Правилами ОМС. Данная обязанность корреспондирует с правом выбора застрахованным лицом страховой медицинской организации. Без выбора страховой медицинской организации оказание медицинской помощи по ОМС может оказаться затруднительным, таким образом, данная обязанность напрямую связана с реализацией основных прав застрахованного лица в сфере ОМС.

Направить заявление о выборе страховой медицинской организации могут лишь совершеннолетние (либо приобретшие дееспособность до достижения совершеннолетия путем вступления в брак или эмансипации) дееспособные граждане. Для несовершеннолетних это право реализуется их родителями или иными законными представителями. Порядок осуществления данной обязанности раскрывается в ч. 4 и 5 комментируемой статьи. Особенности ОМС новорожденных устанавливаются в ч. 3 комментируемой статьи (см. [п. п. 3](#Par1512), [4 комментария к настоящей статье](#Par1514));

3) **уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, данных документа, удостоверяющего личность, места жительства в течение одного месяца** со дня, когда эти изменения произошли. Исполнение обязанности, указанной в п. 3 ч. 2 настоящей статьи, осуществляется в порядке, предусмотренном для выбора или замены страховой медицинской организации (см. [п. 4 комментария к настоящей статье](#Par1514));

4) **осуществить выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца** в случае изменения места жительства и отсутствия на территории соответствующего субъекта РФ страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин (см. [п. 4 комментария к настоящей статье](#Par1514)).

3. Частью 3 комментируемой статьи установлено, что **ОМС детей со дня рождения и до истечения 30 дней** со дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители. По истечении 30 дней со дня государственной регистрации рождения ребенка и **до достижения им совершеннолетия** либо до приобретения им дееспособности в полном объеме ОМС осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем. В таком же виде данная норма воспроизводится в п. 5 Правил ОМС.

Комментируемая норма не содержит указания на последствия, которые наступают в случае, если законные представители ребенка не выберут страховую медицинскую организацию после истечения 30 дней с момента рождения ребенка. Следовательно, такие дети продолжают оставаться застрахованными в соответствующих страховых медицинских организациях, участники ОМС не вправе отказывать им в предоставлении медицинской помощи в рамках ОМС (см. ч. 5 и ч. 6 комментируемой статьи).

4. Частями 4 и 5 комментируемой статьи определяется, с одной стороны, порядок реализации права застрахованного лица на выбор страховой медицинской организации, с другой стороны, обязанности застрахованных лиц выбрать страховые медицинские организации.

4.1. Частью 4 комментируемой статьи установлено, что выбор или замена страховой медицинской организации производится исключительно **по заявлению застрахованного лица**, обладающего соответствующей - полной дееспособностью (см. [п. 2 комментария к настоящей статье](#Par1506)). Также комментируемой нормой установлено, что выбор или замена страховой медицинской организации осуществляется путем подачи заявления в страховую медицинскую организацию, которую застрахованное лицо выбирает **из числа указанных в реестре страховых медицинских организаций**. Реализации данного права способствует публикация реестра страховых медицинских организаций в обязательном порядке, в том числе в сети Интернет.

4.2. Часть 5 комментируемой статьи определяет порядок выбора или замены страховой медицинской организации по заявлению застрахованного лица.

**Во-первых**, застрахованное лицо (его представитель) заполняет заявление по форме, соответствующей унифицированному образцу, содержащемуся в приложении N 1 к Методическим указаниям по представлению информации в сфере ОМС. Форма заявления должна быть опубликована страховой медицинской организацией на собственном сайте в сети Интернет. В заявлении должны содержаться:

1) сведения о застрахованном по ОМС лице:

- фамилия, имя, отчество (при наличии);

- пол;

- дата рождения;

- место рождения;

- гражданство;

- СНИЛС, принятый в соответствии с законодательством РФ об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования (для детей, являющихся гражданами РФ, в возрасте до 14 лет, иностранных граждан и лиц без гражданства - при наличии):

- данные документа, удостоверяющего личность;

- место жительства;

- место регистрации;

- дата регистрации;

- контактная информация;

- категория застрахованного лица в соответствии со ст. 10 комментируемого Закона (работающий или неработающий);

2) сведения о представителе застрахованного лица (в том числе законном представителе), если составление и (или) подача заявления будет осуществляться через представителя:

- фамилия, имя, отчество (при наличии);

- отношение к застрахованному лицу;

- данные документа, удостоверяющего личность;

- контактная информация;

3) наименование страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом (при подаче заявления в страховую медицинскую организацию);

4) наименование страховой медицинской организации, в которой лицо застраховано на дату подачи заявления (при подаче заявления в иную организацию);

5) сведения о полисе ОМС (бумажный, электронный, отказ от получения полиса).

Заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации заполняется застрахованным лицом (его представителем) от руки или машинописным способом.

**Во-вторых,** к указанному заявлению прилагаются определенные документы, количество и состав которых зависит от статуса застрахованного лица. Правилами ОМС (п. 14) установлены особенности применительно к подаче документов следующими категориями застрахованных лиц (также см. [комментарий к ст. 46](#Par3939)):

- детьми после государственной регистрации рождения и до 14 лет, являющимися гражданами РФ;

- детьми - гражданами РФ в возрасте 14 лет и старше;

- лицами, имеющими право на медицинскую помощь в соответствии с ФЗ "О беженцах";

- иностранными гражданами, постоянно проживающими в Российской Федерации;

- лицами без гражданства, постоянно проживающими в Российской Федерации;

- иностранными гражданами, временно проживающими в Российской Федерации;

- лицами без гражданства, временно проживающими в РФ;

- представителями застрахованного лица;

- законными представителями застрахованного лица;

- лицами, не идентифицированными в период лечения;

- лицами, связанными с ЕАЭС.

**В-третьих,** заявление подается (направляется) следующими способами:

1) подается непосредственно в страховую медицинскую организацию;

2) передается с использованием информационно-коммуникационных сетей общего пользования, в том числе сети Интернет, через официальный сайт ТФОМС. При принятии заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации в электронной форме ТФОМС направляет заявителю подтверждение приема заявления в форме электронного документа на электронный адрес, указанный в заявлении;

3) подается в иную организацию, уполномоченную субъектом РФ. Правила ОМС указывают, что при обращении застрахованного лица в такую организацию ему может быть оформлен полис ОМС исключительно с указанием страховой медицинской организации, в которой он был застрахован ранее. При этом оформление временного свидетельства такими организациями застрахованному лицу не производится. Следовательно, если лицо ранее не было застраховано в системе ОМС, то оно вправе обращаться только непосредственно в выбранную им страховую медицинскую организацию.

**В-четвертых,** страховые медицинские организации принимают поступившее заявление с приложениями и заверяют принятое заявление подписью представителя страховой медицинской организации (иной организации), уполномоченного на прием заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации, а также печатью страховой медицинской организации (иной организации), при наличии печати.

**В-пятых,** на основании заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации и прилагаемых документов страховая медицинская организация осуществляет учет застрахованного лица по ОМС. Страховые медицинские организации ежедневно обязаны уведомлять соответствующий ТФОМС о поступлении заявлений застрахованных лиц.

**В-шестых,** ТФОМС осуществляет постановку на учет застрахованных лиц в порядке, установленном ч. 3 ст. 43 комментируемого Закона.

Если застрахованным лицом не было подано заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации, такое лицо считается **застрахованным той страховой медицинской организацией, которой оно было застраховано ранее**, если только выбор (замена) страховой медицинской организации не связан с изменением места жительства застрахованного лица. В последнем случае, если в новом месте жительства застрахованного лица нет той страховой медицинской организации, в которой застрахованный был застрахован ранее, данное правило не действует, и застрахованное лицо обязано выбрать иную страховую медицинскую организацию.

5. Часть 6 комментируемой статьи посвящена урегулированию отношений с участием застрахованных лиц, если последние не обратились в страховую медицинскую организацию или не заменили страховую медицинскую организацию **в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии страховой медицинской организации**. Сведения о таких гражданах ежемесячно до 10-го числа направляются ТФОМС в страховые медицинские организации для того, чтобы распределить указанных застрахованных лиц между ними (пропорционально числу застрахованных в них лиц и с соблюдением равенства количества работающих и неработающих внутри каждой страховой медицинской организации).

Таким образом, обеспечивается защита прав застрахованных лиц до момента выбора ими страховой медицинской организации по их воле.

Часть 7 комментируемой статьи посвящена действиям страховых медицинских организаций после получения сведений, указанных в ч. 6 комментируемой статьи. В п. 25 Правил ОМС содержится норма, аналогичная комментируемой.

Страховые медицинские организации:

1) в течение трех рабочих дней с момента получения сведений из ТФОМС информируют застрахованное лицо в письменной форме о факте страхования и необходимости получения полиса;

2) обеспечивают выдачу застрахованному лицу полиса ОМС;

3) предоставляют застрахованному лицу информацию о его правах и обязанностях.

Тем самым, по логике законодателя, обеспечивается полное соблюдение прав застрахованных лиц.

Статья 17. Права и обязанности страхователей

Комментарий к статье 17

1. Часть 1 комментируемой статьи посвящена единственному праву страхователя, которое указывается в комментируемом Законе. Из данного обстоятельства можно сделать следующий вывод: роль страхователя в отношениях по ОМС связана в основном с тем, чтобы страхователь исполнял обязанности, указанные в ч. 2 комментируемой статьи. Можно утверждать, что указанное право в ч. 1 комментируемой статьи не может быть единственным правом страхователя: даже не изучая иные статьи комментируемого Закона или законодательство об ОМС (иные нормативные акты), легко обнаружить иные права страхователей (например, право на защиту страхователей при нарушении их прав и законных интересов в сфере ОМС). Законодатель, формулируя комментируемую норму таким образом, видимо, полагал, что основным правом страхователей должно быть именно **право на получение информации**.

Иногда в судебных актах ошибочно указывают (см., например, Постановление Пятого арбитражного апелляционного суда от 27 ноября 2015 г. N 05АП-9640/2015 по делу N А51-15813/2015), что ч. 1 комментируемой статьи содержит обязанность страхователя своевременно и в полном объеме осуществлять оплату страховых взносов на ОМС. Это очевидная ошибка, поскольку основные обязанности страхователя (в том числе и обязанность осуществлять оплату страховых взносов на ОМС) указаны в ч. 2 комментируемой статьи.

Содержание права, указанного в ч. 1 комментируемой статьи, касается права страхователя получать информацию, связанную с регистрацией страхователей и уплатой им страховых взносов на ОМС. Обязанными лицами по отношению к страхователю являются **налоговые органы, ФФОМС, ТФОМС**.

Налоговые органы определяются в Законе РФ от 21 марта 1991 г. N 943-1 "О налоговых органах Российской Федерации", а также в п. 1 ст. 30 НК РФ. Налоговыми органами в соответствии с п. 1 Положения о федеральной налоговой служб", утв. Постановлением Правительства РФ от 30 сентября 2004 г. N 506, признается ФНС и ее территориальные подразделения - управления ФНС по субъектам РФ и инспекции ФНС. Понятие ФФОМС дается в ст. 12, а также 33 комментируемого Закона. Понятие ТФОМС содержится в ст. ст. 13 и 34 комментируемого Закона. Юридическая обязанность указанных лиц ограничивается вопросами их компетенции.

Право на получение информации, объем предоставляемой информации регулируются различными нормативными актами. Статья 11 комментируемого Закона, устанавливая понятие страхователя в ОМС, указывает, что их можно разделить на группы в зависимости от основания соответствующей классификации. Для целей раскрытия права страхователя на информацию необходимо признать, что основное различие между всеми страхователями в ОМС связано с делением их на страхователей работающего и страхователей неработающего населения.

Постановка на учет всех страхователей осуществляется на основании ст. 83 НК РФ, однако постановка на учет страхователей неработающего населения регулируется также Приказом Минздравсоцразвития РФ от 23 декабря 2010 г. N 1168н "Об утверждении Порядка регистрации и снятия с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан территориальными фондами обязательного медицинского страхования".

Информирование страхователя заключается в том, чтобы страхователь знал, в каком органе или фонде он поставлен на учет, имел возможность связаться с этим органом (фондом). Информирование об этом осуществляется по месту нахождения организации или индивидуального предпринимателя. При этом не требуется предоставления какого-либо заявления. При желании налогоплательщика - физического лица, не являющегося индивидуальным предпринимателем, а также индивидуального предпринимателя, нотариуса, занимающегося частной практикой, адвоката, учредившего адвокатский кабинет, получать по почте от налоговых органов документы по адресу, отличному от адреса места жительства, необходимо подать в любой налоговый орган заполненное заявление по форме N 1-А, утвержденной Приказом ФНС России от 29 мая 2014 г. N ММВ-7-14/306@. Представляется, что данное право имеется также у медиаторов (см. Приказ ФНС России от 10 января 2017 г. N ММВ-7-14/4@ "Об утверждении форм и форматов документов, используемых при учете организаций и физических лиц в качестве плательщиков страховых взносов, а также порядка заполнения этих форм").

Информирование в части уплаты взносов заключается в предоставлении информации о тарифах страховых взносов на ОМС, уплаченных взносах, задолженности по взносам на ОМС и их переплате.

2. В ч. 2 комментируемой статьи содержатся **обязанности страхователя**.

2.1. Законодатель выделил две основные обязанности страхователя. В качестве первой обязанности комментируемая норма указывает следующую: **регистрироваться и сниматься с регистрационного учета в целях ОМС в соответствии с законодательством РФ**.

В силу принятия и вступления в силу законов - Федерального закона от 3 июля 2016 г. N 243-ФЗ "О внесении изменений в части первую и вторую Налогового кодекса РФ в связи с передачей налоговым органам полномочий по администрированию страховых взносов на обязательное пенсионное, социальное и медицинское страхование" и Федерального закона от 3 июля 2016 г. N 250-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных законодательных актов (положений законодательных актов) Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона "О внесении изменений в части первую и вторую Налогового кодекса РФ в связи с передачей налоговым органам полномочий по администрированию страховых взносов на обязательное пенсионное, социальное и медицинское страхование" - налоговые органы теперь являются администраторами страховых взносов. Прежние нормы, определявшие порядок постановки и снятия с учета застрахованных лиц, в настоящее время неприменимы.

**Общий порядок** постановки на учет определяется ст. 83 НК РФ (подробнее см. [п. 2.1.1 комментария к настоящей статье](#Par1602)), в то же время применительно к отдельным категориям лиц применяются **особые порядки**, связанные с их статусом (подробнее см. [п. п. 2.1.2](#Par1626) - [2.1.4 комментария к настоящей статье](#Par1646)). Речь идет о порядке постановки на учет:

1) крупнейших налогоплательщиков;

2) налогоплательщиков, осуществляющих деятельность, связанную с добычей углеводородного сырья на новом морском месторождении углеводородного сырья (п. 1 ст. 275.2 НК РФ), - для целей ОМС данный порядок не принимается во внимание, поскольку связан лишь с уплатой налогов, а не взносов на ОМС;

3) организаций, получивших статус участников проекта по осуществлению исследований, разработок и коммерциализации их результатов в соответствии с ФЗ "Об инновационном центре "Сколково";

4) иностранных граждан и иностранных организаций.

В соответствии со ст. 83 НК РФ в целях проведения налогового контроля организации и физические лица подлежат постановке на учет в налоговых органах соответственно по месту нахождения организации, месту нахождения ее обособленных подразделений, месту жительства физического лица, а также по месту нахождения принадлежащих им недвижимого имущества и транспортных средств и по иным основаниям, предусмотренным НК РФ.

Согласно п. 1 ст. 82 НК РФ **налоговым контролем** признается деятельность уполномоченных органов по контролю за соблюдением налогоплательщиками, налоговыми агентами и плательщиками сборов, плательщиками страховых взносов законодательства о налогах и сборах в порядке, установленном НК РФ. Одной из разновидностей действий при налоговом контроле является деятельность должностных лиц налоговых органов по **проверке данных учета и отчетности** (о понятии налоговых органов см. [п. 1 комментария к настоящей статье](#Par1573)).

Согласно п. 1 ст. 83 НК РФ постановка на учет в налоговых органах может осуществляться:

1) по месту нахождения организации;

2) месту нахождения обособленных подразделений организации;

3) месту жительства физического лица;

4) месту нахождения принадлежащих организациям недвижимого имущества и транспортных средств;

5) иным основаниям, предусмотренным НК РФ.

Таким образом, постановка на учет для целей ОМС очевидно совпадет только с 1 - 3 случаем осуществления налогового контроля (случай 4 не применяется, поскольку ОМС не связано с имуществом субъектов и страховые взносы на ОМС не уплачиваются в зависимости от нахождения недвижимого имущества или транспортных средств, а случай 5 не подходит, поскольку соотносится со ст. ст. 335, 346.28, 346.46, 366 НК РФ и не затрагивает сферу ОМС).

**Место нахождения организации** определяется в соответствии с п. 2 ст. 54 ГК РФ, п. 2 ст. 8 ФЗ "О государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей". При рассмотрении ст. 10 комментируемого Закона был сделан и обоснован вывод о том, что понятие организации для целей ОМС совпадает с понятием юридического лица (см. [комментарий к ст. 10](#Par897)). Таким образом, место нахождения организации также совпадет с местом нахождения юридического лица.

Место нахождения юридического лица определяется местом его государственной регистрации, а государственная регистрация юридического лица осуществляется по месту нахождения его постоянно действующего исполнительного органа (руководителя), а в случае отсутствия постоянно действующего исполнительного органа (например, органы не образуются в товариществах на вере) - иного органа или лица, имеющих право действовать от имени юридического лица без доверенности.

**Место жительства физического лица** определяется в соответствии с НК РФ (в силу ст. ст. 11 и 83 НК РФ): **место жительства физического лица** - адрес (наименование субъекта РФ, района, города, иного населенного пункта, улицы, номера дома, квартиры), по которому физическое лицо зарегистрировано по месту жительства в порядке, установленном законодательством РФ. При отсутствии у физического лица места жительства на территории РФ для целей НК РФ место жительства может определяться по просьбе этого физического лица по месту его пребывания. При этом **местом пребывания физического лица** признается место, где физическое лицо проживает временно по адресу (наименование субъекта РФ, района, города, иного населенного пункта, улицы, номер дома, квартиры), по которому физическое лицо зарегистрировано по месту пребывания в порядке, установленном законодательством РФ. При этом индивидуальных предпринимателей НК РФ относит к физическим лицам (ст. 11 НК РФ).

Понятие обособленного подразделения и **места нахождения обособленного подразделения** при рассмотрении вопросов, связанных с постановкой на учет для целей ОМС, также необходимо осуществлять с использованием положений НК РФ. Так, **обособленное подразделение организации** - любое территориально обособленное от нее подразделение, по месту нахождения которого оборудованы стационарные рабочие места. Признание обособленного подразделения организации таковым производится независимо от того, отражено или не отражено его создание в учредительных или иных организационно-распорядительных документах организации, и от полномочий, которыми наделяется указанное подразделение. При этом рабочее место считается стационарным, если оно создается на срок более одного месяца. Территориальная обособленность в данном случае должна пониматься как нахождение вне места государственной регистрации юридического лица. Таким образом, **место нахождения обособленного подразделения российской организации** - место осуществления этой организацией деятельности через свое обособленное подразделение.

2.1.1. **Общий порядок постановки на учет страхователей.**

Порядок постановки на учет **российских организаций и индивидуальных предпринимателей** совпадает.

В соответствии с п. 2 ст. 83 НК РФ постановка на учет в налоговом органе организаций и индивидуальных предпринимателей осуществляется независимо от наличия обстоятельств, с которыми НК РФ связывает возникновение обязанности по уплате того или иного налога или сбора. Таким образом, постановка на учет российских организаций и индивидуальных предпринимателей для целей ОМС производится одновременно с постановкой на учет для целей налогообложения и совпадает с моментом регистрации в качестве субъекта права (для юридических лиц) или специального субъекта предпринимательских отношений (для индивидуальных предпринимателей). Данный вывод следует из п. 3 ст. 83 НК РФ, в котором говорится, что постановка на учет в налоговых органах российской организации по месту нахождения организации, месту нахождения ее филиала, представительства, а также индивидуального предпринимателя по месту его жительства осуществляется на основании сведений, содержащихся соответственно в ЕГРЮЛ, ЕГРИП. Также это указывается в п. п. 2.1.2 и 2.1.3 Приказа МНС России от 3 марта 2004 г. N БГ-3-09/178 "Об утверждении Порядка и условий присвоения, применения, а также изменения идентификационного номера налогоплательщика и форм документов, используемых при постановке на учет, снятии с учета юридических и физических лиц".

Так, в данных нормах установлено, что налоговый орган по месту нахождения юридического лица обязан осуществить его постановку на учет с присвоением идентификационного номера налогоплательщика (ИНН) и кода причины постановки на учет (КПП), внести сведения в Единый государственный реестр налогоплательщиков (ЕГРН) не позднее пяти рабочих дней со дня представления документов для государственной регистрации и выдать (направить по почте с уведомлением о вручении) заявителю свидетельство о постановке на учет в налоговом органе одновременно со свидетельством о государственной регистрации юридического лица.

Датой постановки на учет юридического лица является дата внесения в ЕГРЮЛ записи о государственной регистрации при создании юридического лица (о государственной регистрации при создании юридического лица путем реорганизации).

При постановке на учет физических лиц в состав сведений об указанных лицах включаются также их персональные данные:

- фамилия, имя, отчество;

- дата и место рождения;

- пол;

- место жительства;

- данные паспорта или иного документа, удостоверяющего личность налогоплательщика;

- данные о гражданстве.

В соответствии с п. 3.1 ст. 11 ФЗ "О государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей" налоговый орган не позднее рабочего дня, следующего за днем государственной регистрации, представляет в форме электронного документа в порядке, установленном Правительством РФ <88>, сведения, содержащиеся соответственно в ЕГРЮЛ, ЕГРИП, в государственные внебюджетные фонды для регистрации и снятия с регистрационного учета юридических лиц, индивидуальных предпринимателей в качестве страхователей.

--------------------------------

<88> Постановление Правительства РФ от 22 декабря 2011 г. N 1092 "О порядке представления в регистрирующий орган иными государственными органами сведений в электронной форме, необходимых для осуществления государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, а также для ведения единых государственных реестров юридических лиц и индивидуальных предпринимателей".

Следовательно, непосредственным моментом регистрации лица в качестве страхователя для целей ОМС следует считать его **регистрацию (учет) в ТФОМС**.

Постановка на учет в налоговых органах российской организации по месту нахождения ее обособленных подразделений (за исключением филиала, представительства) осуществляется налоговыми органами на основании сообщений, представляемых (направляемых) этой организацией в соответствии с п. 2 ст. 23 НК РФ. Эти сведения предоставляются в виде уведомления.

Налоговый орган обязан осуществить постановку на учет российской организации по месту нахождения ее обособленного подразделения (за исключением филиала, представительства) в течение 5 дней с момента получения сообщения. Филиал или представительство ставятся налоговым органом на учет на основании сведений ЕГРЮЛ в этот же срок.

**Порядок постановки на учет физических лиц, осуществляющих отдельные виды профессиональной деятельности.**

Налоговое законодательство не содержит обязанности по постановке на учет в качестве плательщика страховых взносов на ОМС адвокатов, медиаторов, нотариусов, занимающихся частной практикой, арбитражных управляющих, оценщиков, патентных поверенных, иных физических лиц, если указанные лица не осуществляют выплаты и вознаграждения другим физическим лицам, а также индивидуальных предпринимателей, нанимающих работников. Все указанные выше лица встают на учет в качестве плательщика страховых взносов на основании заявления, представляемого в любой налоговый орган по своему выбору.

Налоговый орган обязан осуществить постановку на учет физического лица на основании заявления этого физического лица, поданного в соответствии с п. п. 6, 7 или 7.2 ст. 83 НК РФ, в течение пяти дней со дня получения указанного заявления налоговым органом и в тот же срок выдать ему свидетельство о постановке на учет в налоговом органе (если ранее указанное свидетельство не выдавалось) или уведомление о постановке на учет.

**Порядок постановки на учет физических лиц, не являющихся индивидуальными предпринимателями.**

Постановка на учет в налоговом органе физического лица, не являющегося индивидуальным предпринимателем, осуществляется налоговым органом по месту его жительства (месту пребывания - при отсутствии у физического лица места жительства на территории РФ) на основании информации, представляемой налоговыми органами, указанными в п. п. 1 - 6 и 8 ст. 85 НК РФ, либо на основании заявления физического лица, представляемого в любой налоговый орган по своему выбору.

2.1.2. **Особые порядки постановки на учет страхователей.**

**Постановка на учет крупнейших налогоплательщиков.**

Крупнейшие налогоплательщики (критерии отнесения организаций - юридических лиц к крупнейшим налогоплательщикам, подлежащим налоговому администрированию на федеральном и региональном уровнях, утверждены Приказом ФНС от 16 мая 2007 г. N ММ-3-06/308@) подлежат постановке на учет в соответствии с положениями ст. ст. 80, 83 НК РФ.

В соответствии с этими нормами постановка на учет крупнейшего налогоплательщика осуществляется в межрегиональной (межрайонной) инспекции ФНС России по крупнейшим налогоплательщикам, к компетенции которой отнесен налоговый контроль за соблюдением данным крупнейшим налогоплательщиком законодательства о налогах и сборах.

**Постановка на учет организаций, получивших статус участников проекта по осуществлению исследований, разработок и коммерциализации их результатов в соответствии с** **ФЗ** **"Об инновационном центре "Сколково".**

Особенности постановки указанных организаций определяются п. 1 ст. 83 НК РФ и Приказом Минфина России от 8 февраля 2011 г. N 14н "Об утверждении Особенностей учета в налоговых органах организаций, получивших статус участников проекта по осуществлению исследований, разработок и коммерциализации их результатов в соответствии с Федеральным законом "Об инновационном центре "Сколково". В упомянутом Приказе указано, что такие организации подлежат учету по месту своего нахождения на основании документов, подтверждающих статус участника проекта, представляемых в налоговый орган по месту своей регистрации.

**Постановка на учет иностранных граждан.**

Здесь следует сделать оговорку: для целей ОМС постановка на учет иностранных граждан учитывается только в тех случаях, когда иностранные граждане относятся к подп. "в" п. 1 ч. 1 ст. 11 комментируемого Закона.

Особенности постановки на учет иностранных граждан установлены п. 1 ст. 83 НК РФ и Приказом Минфина России от 21 октября 2010 г. N 129н, которым утверждены Особенности учета в налоговых органах физических лиц - иностранных граждан, не являющихся индивидуальными предпринимателями. В целях учета иностранных граждан в налоговых органах место проживания иностранного гражданина в Российской Федерации приравнивается к его месту жительства в Российской Федерации. Постановку на учет осуществляют соответствующие налоговые органы на основании сведений, сообщенных миграционным органами в течение 5 рабочих дней со дня получения таких сведений.

**Постановка на учет иностранных организаций.**

Постановка на учет в налоговых органах иностранной организации производится по месту осуществления ею деятельности на территории РФ:

- через аккредитованные филиал, представительство на основании сведений, содержащихся в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц (указанный реестр ведется ФНС, она же осуществляет аккредитацию - Постановление Правительства РФ от 16 декабря 2014 г. N 1372 "О внесении изменений в Положение о ФНС и признании утратившими силу некоторых актов Правительства РФ". Полномочия по аккредитации иностранных филиалов, представительств (за исключением представительств иностранных кредитных организаций) Приказом ФНС России от 22 декабря 2014 г. N ММВ-7-14/668@ возложены на Межрайонную инспекцию ФНС России N 47 по г. Москве);

- через иные обособленные подразделения на основании заявления о постановке на учет (снятии с учета) такой организации. Заявление о постановке на учет подается иностранной организацией в налоговый орган не позднее 30 календарных дней со дня начала осуществления ею деятельности на территории РФ. Заявление о снятии с учета подается иностранной организацией не позднее 15 календарных дней со дня прекращения ею деятельности на территории РФ. При подаче заявления о постановке на учет (снятии с учета) иностранная организация одновременно с указанным заявлением представляет в налоговый орган документы, которые необходимы для постановки ее на учет (снятия с учета) в налоговом органе и перечень которых утверждается Министерством финансов РФ;

- иностранной организацией - в выбранный ею налоговый орган.

**При осуществлении FIFA** (Federation Internationale de Football Association), дочерними организациями FIFA, контрагентами FIFA, а также конфедерациями, национальными футбольными ассоциациями, указанными в Федеральном законе от 7 июня 2013 г. N 108-ФЗ "О подготовке и проведении в Российской Федерации чемпионата мира по футболу FIFA 2018 года, Кубка конфедераций FIFA 2017 года и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации" и являющимися иностранными организациями, деятельности через обособленные подразделения на территории РФ постановка на учет в налоговом органе таких организаций осуществляется на основании уведомлений, направляемых такими организациями в налоговый орган.

Постановка на учет (снятие с учета) в налоговом органе **иностранной организации, оказывающей физическим лицам, не являющимся индивидуальными предпринимателями, услуги в электронной форме**, указанные в п. 1 ст. 174.2 НК РФ, местом реализации которых признается территория РФ, и осуществляющей расчеты непосредственно с указанными физическими лицами, а также **иностранной организации - посредника, признаваемой налоговым агентом**, осуществляется налоговым органом на основании заявления о постановке на учет (снятии с учета) и иных документов, перечень которых утверждается Министерством финансов РФ. Заявление о постановке на учет (снятии с учета) подается указанными иностранными организациями в налоговый орган не позднее 30 календарных дней со дня начала (прекращения) оказания указанных услуг.

Постановка на учет (снятие с учета) в налоговом органе **международной организации**, признаваемой в соответствии со ст. 419 НК РФ плательщиком страховых взносов, осуществляется налоговым органом на основании заявления такой международной организации о постановке на учет (снятии с учета) в качестве плательщика страховых взносов.

2.1.3. **Иные особые порядки.**

Постановка на учет организации в качестве **ответственного участника консолидированной группы налогоплательщиков** осуществляется налоговым органом, которым в соответствии со ст. 25.3 НК РФ зарегистрирован договор о создании консолидированной группы налогоплательщиков, в течение 5 дней с даты его регистрации, и в тот же срок организации выдается (направляется) уведомление о постановке на учет в налоговом органе в качестве ответственного участника консолидированной группы налогоплательщиков.

Постановка на учет организации в качестве **участника договора инвестиционного товарищества - управляющего товарища**, ответственного за ведение налогового учета, осуществляется налоговым органом, в который направляется копия договора инвестиционного товарищества, в течение 5 дней со дня ее получения либо получения сообщения о выполнении функций управляющего товарища в соответствии со ст. 24.1 НК РФ, и в тот же срок организации выдается (направляется) уведомление о постановке на учет.

2.1.4. **Постановка на учет страхователей для неработающих граждан.**

В силу специфики данных лиц порядок постановки таких страхователей на учет регулируется Порядком регистрации и снятия с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан ТФОМС. Данный Порядок устанавливает правила учета страхователей для неработающих граждан. Порядок регистрации таких страхователей также регулируется ч. 5 и 6 комментируемой статьи.

В соответствии с указанным Порядком страхователи для неработающих граждан предоставляют в ТФОМС заявления о регистрации в качестве страхователя с приложением необходимых документов, указанных в Порядке регистрации и снятия с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан ТФОМС.

Лицо становится страхователем для неработающих граждан в соответствии с решением высшего исполнительного органа государственной власти субъекта РФ о наделении полномочиями страхователя данного лица. Последнее обязано в течение 30 рабочих дней предоставить в соответствующий ТФОМС вышеуказанное заявление. Документы и копии документов, прикладываемые к заявлению, представляются страхователем на бумажном или электронном носителе.

Указанный Порядок не содержит срока, в течение которого ТФОМС производит постановку на учет страхователей. На каждого страхователя в бумажном и электронном виде заводится регистрационное дело, а в электронном виде формируется журнал регистрации и снятия с регистрационного учета страхователей в ТФОМС, содержащий сведения регистрационных дел страхователей.

При регистрации страхователю и его регистрационному делу присваивается регистрационный номер, который соответствует ИНН страхователя. ТФОМС в течение 5 рабочих дней со дня внесения сведений в журнал регистрации страхователей вручает (направляет почтовым отправлением заказным письмом с уведомлением о вручении) страхователю свидетельство о регистрации в качестве страхователя в сфере ОМС.

Снятие с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан осуществляется в течение 10 дней со дня вступления в силу решения высшего исполнительного органа государственной власти субъекта РФ о прекращении полномочий страхователя, либо в этот же срок со дня принятия решения о ликвидации (реорганизации, передислокации) последнего обособленного подразделения организации (органа) за пределами РФ.

Постановка на учет организаций, имеющих такие дислоцированные за пределами Российской Федерации обособленные подразделения, как **объединения, соединения, воинские части и организации Вооруженных Сил РФ, других войск, воинских формирований и органов**, осуществляется в ТФОМС по месту нахождения соответствующих организаций (органов) в течение 30 рабочих дней со дня принятия решения о дислокации за пределы Российской Федерации обособленного подразделения организации (органа) с представлением копий следующих документов:

- решения о дислокации обособленного подразделения организации (органа) за пределы РФ;

- свидетельства о внесении записи в ЕГРЮЛ;

- свидетельства о постановке на учет в налоговом органе;

- документов, подтверждающих открытие лицевых счетов в Федеральном казначействе, его территориальных органах, учреждениях Центрального банка РФ или кредитных организациях.

Снятие с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан осуществляется в течение 10 дней со дня принятия решения о ликвидации (реорганизации, передислокации) последнего обособленного подразделения организации (органа) за пределами РФ.

Указанные особенности также установлены Порядком регистрации и снятия с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан ТФОМС.

2.2. Второй важнейшей обязанностью страхователей комментируемая статья называет обязанность **своевременно и в полном объеме осуществлять уплату страховых взносов на ОМС**.

Своевременная уплата страховых взносов плательщиков-работодателей означает, что последние обязаны ежемесячно производить исчисление и уплату страховых взносов. Срок уплаты страховых взносов - не позднее 15-го числа календарного месяца, следующего за тем, в котором произведены выплаты в пользу физических лиц. Если этот день выпадает на выходной или праздник - он автоматически переносится на ближайший рабочий день. Расчетным периодом признается календарный год, а отчетными периодами - первый квартал, полугодие, девять месяцев календарного года.

Своевременная уплата страховых взносов для лиц, не производящих выплаты (не имеющих работников), означает оплату страховых взносов в полном объеме до 31 декабря года, в котором производятся начисления таких взносов.

Полный объем уплаты страховых взносов предусматривает, что за страхователем не должна оставаться задолженность по данному виду социального страхования.

3. В ч. 3 комментируемой статьи указывается **обязанность страхователей неработающего населения предоставлять в ТФОМС расчеты по начисленным и уплаченным страховым взносам** на ОМС неработающего населения в порядке, установленном ч. 11 ст. 24 комментируемого Закона. Ранее некоторые авторы ошибочно указывали, что обязанность, указанная в ч. 3 комментируемой статьи, распространяется и на лиц, являющихся страхователями работающих граждан <89>.

--------------------------------

<89> См.: Данилова В.В. Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации // Отдел кадров бюджетного учреждения. 2011. N 2.

Комментируемая норма, с одной стороны, является отсылочной, указывая, как должна исполняться обязанность по предоставлению расчетов, с другой стороны, подчеркивается важность предоставления расчетов не только для целей ОМС, но и для бюджетного процесса, поскольку страхователи неработающих граждан используют бюджетные средства для уплаты страховых взносов.

Более подробно об исполнении обязанности по предоставлению расчетов см. [комментарий к ст. 24](#Par1989).

4. В ч. 4 комментируемой статьи определяются **момент признания лица страхователем для целей ОМС**, а также **порядок взаимодействия по предоставлению информации о страхователях** между налоговыми органами и фондами ОМС.

Ранее в [комментарии к ч. 2 комментируемой статьи](#Par1602) рассматривался порядок постановки на учет страхователей для работающего населения, а также лиц, которые не имеют наемных рабочих и не осуществляют выплаты и иные вознаграждения физическим лицам. При этом было отмечено, что фактически страхователем лицо становится в момент уведомления налоговыми органами ТФОМС о произведенной регистрации страхователя. В сказанном нет противоречия при буквальном толковании комментируемого Закона.

Статус страхователя по ОМС включает в себя ряд обязанностей. Указанные обязанности (например, платить страховые взносы) возникают у страхователя по ОМС с момента его регистрации в качестве страхователя в соответствующем подразделении ФНС России. Участие же страхователя в отношениях по ОМС (согласно нормам комментируемого Закона) не связано с его отношениями с налоговыми органами. Более того, налоговые органы не включены ни в субъекты отношений по ОМС, ни в число участников ОМС. Поэтому участие страхователей для работающего населения в системе ОМС возникает лишь после сообщения сведений о них налоговыми органами в соответствующие ТФОМС.

Возможно, однако, и иное толкование. Федеральными законами от 3 июля 2016 г. N 243-ФЗ и от 3 июля 2016 г. N 250-ФЗ, внесшими изменения в законодательство в связи с передачей налоговым органам полномочий по администрированию страховых взносов на обязательное пенсионное, социальное и медицинское страхование, было затронуто большее количество отношений, чем мог предположить законодатель. Теперь (после передачи функций по администрированию страховых сборов и ведению учета страхователей налоговым органам) налоговые органы являются лицами, выполняющими отдельные полномочия страховщика по ОМС в части ведения учета страхователей и оплаты ими страховых взносов. С учетом того что договора ОМС не существует, налоговые органы, ставя страхователей на учет, фактически уже вступают с ними в отношения по ОМС и при этом сами участвуют в отношениях по ОМС.

Таким образом, п. 3.1 ст. 11 ФЗ "О государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей" не соответствует действующему законодательству об ОМС, равно как и ст. ст. 9, 10 и 11 комментируемого Закона в части определения субъектного состава отношений по ОМС.

В части информационного взаимодействия между налоговыми органами и ФФОМС необходимо отметить, что соглашения, о котором говорится в комментируемой статье, в настоящее время не имеется (более подробно см. [комментарий к ст. 49](#Par4145)).

5. В ч. 5 и 6 комментируемой статьи в общем виде определяется порядок регистрации и снятия с регистрационного учета **страхователей по ОМС для неработающих граждан** на основании документов определенной формы (см. [п. 2 комментария к настоящей статье](#Par1646)).

В ч. 7 комментируемой нормы определяются особенности постановки на учет отдельных категорий страхователей для неработающих граждан - они устанавливаются Постановлением Правительства РФ от 20 июля 2011 г. N 593 "Об особенностях постановки на учет отдельных категорий страхователей и уплаты ими страховых взносов на обязательное медицинское страхование" (также см. [п. 2 комментария к настоящей статье](#Par1646)).

Статья 18. Ответственность за нарушение требований регистрации и снятия с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан

Комментарий к статье 18

1. Частью 1 статьи 18 комментируемого Закона устанавливается **ответственность для страхователей неработающих граждан** (ч. 2 ст. 11 комментируемого Закона) **за нарушение сроков подачи заявления о регистрации или о снятии с регистрационного учета** в ТФОМС. Данная ответственность связана с выполнением ФФОМС и территориальными фондами ОМС публичных функций в сфере ОМС.

Частью 2 ст. 17 комментируемого Закона предусматривается обязанность таких страхователей регистрироваться и сниматься с регистрационного учета в целях ОМС. Указанные в данной норме сроки подачи заявления о регистрации или о снятии с регистрационного учета также определены Порядком регистрации и снятия с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан ТФОМС.

**Срок подачи заявления о регистрации** установлен в **30 рабочих дней** со дня вступления в силу решения высшего исполнительного органа государственной власти субъекта РФ о наделении полномочиями страхователя. Аналогичный же срок предусмотрен и для тех страхователей неработающих граждан, которые имеют такие дислоцированные за пределами Российской Федерации обособленные подразделения, как объединения, соединения, воинские части и организации Вооруженных Сил РФ, других войск, воинских формирований и органов. В этом случае срок начинает течь со дня принятия решения о дислокации за пределы Российской Федерации обособленного подразделения организации (органа).

**Снятие с регистрационного учета** страхователей неработающих граждан осуществляется в течение **10 рабочих дней** со дня вступления в силу решения высшего исполнительного органа государственной власти субъекта РФ о прекращении полномочий страхователя с представлением копии данного решения. Такой же срок установлен для тех страхователей неработающих граждан, которые имеют такие дислоцированные за пределами Российской Федерации обособленные подразделения, как объединения, соединения, воинские части и организации Вооруженных Сил РФ, других войск, воинских формирований и органов. В этом случае срок начинает течь со дня принятия решения о ликвидации (реорганизации, передислокации) последнего обособленного подразделения организации (органа) за пределами Российской Федерации.

Размер штрафа, накладываемый за подобное нарушение, составляет **5 тысяч рублей**. В связи с изменением законодательства с 2009 г. наложение указанного штраф нельзя считать привлечением к административной ответственности.

2. Частью 2 ст. 18 комментируемого Закона устанавливается **ответственность для страхователей неработающих граждан** (ч. 2 ст. 11 комментируемого Закона) **за непредоставление в ТФОМС документов или копий документов**. Обязанность предоставления указанных документов может быть предусмотрена комментируемым Законом и (или) иными правовыми актами в сфере ОМС. Например, такая обязанность установлена ч. 3 ст. 17 комментируемого Закона, которой предусмотрено предоставление расчетов по начисленным и уплаченным страховым взносам на ОМС неработающего населения от страхователей такого населения.

Размер штрафа, накладываемый за подобное нарушение, составляет **50 рублей за каждый непредоставленный документ**. Так же, как и в отношении нарушения, предусмотренного ч. 1 комментируемой статьи, нарушение, указанное в комментируемой норме, связано с выполнением федеральным страховщиком (ФФОМС) и региональным страховщиком (ТФОМС) публичных функций в сфере ОМС.

3. Части 3 - 5 комментируемой статьи посвящены **порядку рассмотрения дел о нарушении законодательства об ОМС и наложения штрафов** на страхователей для неработающих граждан.

3.1. Частью 3 комментируемой статьи предусмотрено право должностных лиц ФФОМС и ТФОМС составлять **акты о нарушении законодательства об ОМС**. Форма актов утверждена ФФОМС, который издал Приказ от 1 декабря 2010 г. N 229 "Об утверждении формы акта о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании". В акте о нарушении законодательства об ОМС указываются следующие сведения:

а) дата на момент составления акта;

б) наименование населенного пункта, в котором находится ФФОМС, ТФОМС или расположено место нахождения страхователя для неработающих граждан;

в) наименование ФФОМС или ТФОМС;

г) должность, фамилия, имя, отчество должностного лица ФФОМС или ТФОМС, уполномоченного составлять акт;

д) наименования документов, рассмотренных уполномоченным должностным лицом ФФОМС или ТФОМС;

е) данные о страхователе для неработающих граждан, в отношении которого составляется акт: полное наименование такого страхователя, почтовый адрес местонахождения, сведения о руководителе (должность, фамилия, имя, отчество), регистрационный номер страхователя в ТФОМС;

ж) нарушенные нормы законодательства об ОМС;

з) в случае извещения страхователя о составлении акта письмом указывается дата отправления и номер письма;

и) в строке "Приложение" указываются прилагаемые к акту копии документов, подтверждающих факт нарушения законодательства об ОМС, а также объяснения и замечания страхователя для неработающих граждан.

Акт составляется в двух экземплярах.

3.2. Часть 4 комментируемой статьи устанавливает, что **порядок рассмотрения дел о нарушении законодательства об ОМС** устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Во исполнение комментируемой нормы издан Приказ Минздравсоцразвития России от 24 декабря 2010 г. N 1174н "Об утверждении Порядка рассмотрения дел о нарушении законодательства об ОМС и наложения штрафов должностными лицами федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования".

В соответствии с указанным Порядком рассматриваются следующие дела:

1) о нарушении страхователями для неработающих граждан срока подачи заявления о регистрации или о снятии с регистрационного учета в ТФОМС (ч. 1 ст. 18 комментируемого Закона);

2) об отказе в представлении или непредставление в установленный срок страхователями для неработающих граждан в ТФОМС документов или копий документов, предусмотренных комментируемым Законом и (или) иными нормативными правовыми актами, принятыми в соответствии с комментируемым Законом (ч. 2 ст. 18 комментируемого Закона);

3) о непредставлении страхователем для неработающих граждан в установленный ФФОМС срок расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на ОМС неработающего населения по месту учета в ТФОМС (п. 1 ч. 11 ст. 25 комментируемого Закона);

4) о неуплате или неполной уплате сумм страховых взносов на ОМС неработающего населения в результате неправильного исчисления этих страховых взносов (п. 2 ч. 11 ст. 25 комментируемого Закона).

Уполномоченное должностное лицо ФФОМС или ТФОМС рассматривает дело о нарушении законодательства об ОМС посредством рассмотрения акта, составленного должностным лицом ФФОМС или ТФОМС по форме, утвержденной Приказом ФФОМС от 1 декабря 2010 г. N 229 "Об утверждении формы акта о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании", документов и материалов, явившихся основанием для составления акта, объяснений и замечаний страхователя для неработающих граждан (уполномоченного должностного лица страхователя), а также представленных страхователем для неработающих граждан (уполномоченным должностным лицом страхователя) документов.

Рассмотрение дела о нарушении законодательства об ОМС осуществляется в присутствии страхователя для неработающих граждан (уполномоченного должностного лица страхователя), совершившего нарушение законодательства об ОМС. О времени и месте рассмотрения дела о нарушении законодательства об ОМС ФФОМС или ТФОМС извещает данного страхователя, направив ему письмо почтовым отправлением с уведомлением о вручении. Указание в Приказе Минздравсоцразвития России от 24 декабря 2010 г. N 1174н, что на рассмотрение дела должно прибыть уполномоченное должностное лицо страхователя для неработающих граждан, не должно толковаться как ограничение для такого страхователя направить любое уполномоченное лицо, чьи полномочия оформлены в соответствии со ст. ст. 185, 185.1 ГК РФ.

В случае неявки страхователя или его представителя, извещенного надлежащим образом, уполномоченное должностное лицо ФФОМС или ТФОМС вправе рассмотреть дело в отсутствие этого страхователя для неработающих граждан или его представителя.

В ходе рассмотрения дела о нарушении законодательства об ОМС уполномоченное должностное лицо ФФОМС или ТФОМС, исследовав документы и материалы, устанавливает основания для привлечения страхователя, в отношении которого был составлен акт, к ответственности за совершение нарушения законодательства об ОМС и наложения штрафа или их отсутствие.

По результатам рассмотрения дела о нарушении законодательства об ОМС уполномоченное должностное лицо ФФОМС или ТФОМС в 5-дневный срок с момента рассмотрения дела готовит проект решения:

1) о привлечении страхователя к ответственности за нарушение законодательства ОМС и наложении штрафов;

2) об отказе в привлечении страхователя к ответственности за нарушение законодательства об ОМС и наложении штрафов.

Взыскание наложенных штрафов со страхователей осуществляется в судебном порядке.

3.3. Часть 5 комментируемой статьи предусматривает, что **перечень должностных лиц, уполномоченных рассматривать дела о нарушении законодательства об ОМС и составлять акты об этом**, определяется на основании приказа ФФОМС. Таким актом является Приказ ФФОМС от 1 декабря 2010 г. N 228 "Об утверждении перечня должностных лиц федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, уполномоченных составлять акты о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании, рассматривать дела о таких нарушениях и налагать штрафы".

4. Часть 6 комментируемой статьи устанавливает, в чью собственность попадают штрафы, начисленные в соответствии с комментируемой статьей: они подлежат зачислению **в бюджет ФФОМС**, то есть попадают **в собственность Российской Федерации**.

Статья 19. Права и обязанности страховых медицинских организаций

Комментарий к статье 19

Комментируемая статья является отсылочной. Исходя из ее содержания можно сделать вывод, что правовое положение страховых медицинских организаций определяется теми договорами, в которых они участвуют.

Первый договор, к которому отсылает комментируемая статья, - это **договор о финансовом обеспечении ОМС**, который страховая медицинская организация заключает с ТФОМС. По данному договору страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с условиями, установленными территориальной программой ОМС, за счет целевых средств.

Второй договор - это **договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС**. Данный договор заключается между страховой медицинской организацией и медицинской организацией, осуществляющей деятельность в сфере ОМС. По нему медицинская организация обязуется оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы ОМС, а страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой ОМС.

Примечательно, что страховые медицинские организации не участвуют в каких-либо иных отношениях в сфере ОМС.

Таким образом, можно утверждать, что правовое положение страховых медицинских организаций в ОМС определяется только указанными договорами (см. [комментарий к ст. ст. 14](#Par1186), [38](#Par2923), [39](#Par3089)), в то же время такие договоры заключаются на основании положений комментируемого Закона и принятых в его исполнение подзаконных нормативных актов.

Суммируя права страховых медицинских организаций, которыми они обладают в случае заключения договоров, указанных в ст. ст. 38 и 39 комментируемого Закона, можно назвать следующие **основные права страховых медицинских организаций в сфере ОМС**:

- принятие участия в формировании территориальной программы ОМС и в распределении объемов предоставления медицинской помощи посредством участия в комиссии по разработке территориальной программы ОМС, создаваемой в соответствующем субъекте РФ;

- участие в согласовании тарифов на оплату медицинской помощи;

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

- право требовать от медицинских организаций предоставления сведений о застрахованных лицах и об оказанной им медицинской помощи, необходимых для проведения контроля объемов, сроков и качества предоставляемой медицинской помощи, о режиме работы этих организаций, видах оказываемой медицинской помощи;

- право требовать представления медицинскими организациями счетов (реестра счетов) за оказанную медицинскую помощь;

- право требовать представления медицинскими организациями отчетности об использовании средств ОМС, об оказанной застрахованным лицам медицинской помощи и иной отчетности в порядке, установленном ФФОМС.

Аналогично, на основании обязанностей, которыми обладают страховые медицинские организации в случае заключения договоров, указанных в ст. ст. 38 и 39 комментируемого Закона, можно назвать следующие **основные обязанности страховых медицинских организаций в сфере ОМС**:

- оформление, переоформление, выдача полиса ОМС;

- ведение учета застрахованных лиц, выданных им полисов ОМС, а также обеспечение учета и сохранности сведений, поступающих от медицинских организаций в соответствии с Порядком ведения персонифицированного учета в сфере ОМС, предоставление сведений о застрахованных лицах и иной отчетности в ТФОМС в сроки и по формам, установленным комментируемым Законом и ФФОМС;

- представление в ТФОМС заявки на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи и оплату счетов за оказанную медицинскую помощь в порядке, установленном Правилами ОМС, и по форме, определенной Методическими указаниями по представлению информации в сфере ОМС;

- использование полученных по договору о финансовом обеспечении ОМС средств по целевому назначению и возвращение остатка целевых средств, не использованных по целевому назначению, в ТФОМС в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по ОМС, установленным Правилами ОМС;

- заключение с медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС;

- организация оказания медицинской помощи застрахованному лицу в другой медицинской организации в случае утраты медицинской организацией права на осуществление медицинской деятельности;

- 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 ОМС, а также об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с комментируемым Законом, раскрытие информации о своей деятельности в соответствии с комментируемым Законом;

- осуществление рассмотрения обращений и жалоб граждан, осуществление деятельности по защите прав и законных интересов застрахованных лиц в порядке, установленном законодательством РФ;

- несение в соответствии с законодательством РФ ответственности за ненадлежащее исполнение предусмотренных комментируемым Законом условий договора о финансовом обеспечении ОМС;

- проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях в соответствии с Приказом ФФОМС от 28 февраля 2019 г. N 36 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию".

Перечень прав и обязанностей страховых медицинских организаций, перечисленных в ст. 38 и 39 настоящего Федерального закона, не является исчерпывающим. Страховые медицинские организации в сфере ОМС осуществляют также иные права, предусмотренные комментируемым Законом, а также договорами о финансовом обеспечении ОМС и на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС. Подробно они перечислены в Типовом договоре о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, утв. Приказом Минздравсоцразвития РФ от 9 сентября 2011 г. N 1030н, и в Типовом договоре на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утв. Приказом Минздрава России от 24 декабря 2012 г. N 1355н (подробнее см. [комментарий к ст. ст. 38](#Par2923) и [39](#Par3089)).

Статья 20. Права и обязанности медицинских организаций

Комментарий к статье 20

1. Комментируемой статьей определяются **права и обязанности медицинских организаций в сфере ОМС.**

1.1. Согласно ч. 1 комментируемой статьи медицинская организация обладает следующими **правами**:

1) получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по ОМС и в иных случаях, предусмотренных комментируемым Законом;

2) обжаловать заключения страховой медицинской организации и ТФОМС по оценке объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии со ст. 42 комментируемого Закона.

Верным будет говорить о том, что в комментируемой норме определены лишь **основные права** медицинских организаций, поскольку на практике медицинские организации обладают большим объемом прав в сфере ОМС, вытекающих как из положений Закона, так и из заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

1.2. Право на получение медицинскими организациями средств за оказанную медицинскую помощь при осуществлении деятельности в сфере ОМС еще раз подчеркивает, что медицинская помощь, оказываемая застрахованным лицам, является бесплатной только для них самих. Для всех остальных субъектов и участников отношений по ОМС данная помощь является платной (см. [комментарий к ст. 4](#Par498)).

Указанное право медицинской организации на получение средств за оказанную медицинскую помощь ограничивается:

- договорами на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС;

- установленными тарифами на оплату медицинской помощи по ОМС;

- иными случаями, предусмотренными комментируемым Законом.

Рассматривая указанные ограничения прав медицинских организаций в сфере ОМС, необходимо отметить следующее:

1) оплата медицинской помощи производится на основании **договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС** и в порядке, установленном им. При этом у другой стороны этого договора (страховой медицинской организации) имеется право проверять обоснованность заявленных расходов. Таким образом, первое ограничение заключается в том, что медицинская организация имеет право требовать оплаты не любой медицинской помощи, оказанной застрахованному по ОМС лицу, а только той, которая оказана в объеме, предусмотренном договором ОМС;

2) в соответствии с ч. 2 ст. 39 комментируемого Закона по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС медицинская организация обязуется оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы ОМС, а страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой ОМС. Поэтому еще одним ограничением, вытекающим из факта заключения договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, является тот факт, что оплачивается лишь та помощь, которая **включена в территориальную программу ОМС**.

Указанное ограничение является довольно жестким. Так, даже самовольное перераспределение медицинской организацией предоставленных ей средств из одной статьи расходов в другую может считаться нарушением территориальной программы ОМС.

Пример. ТФОМС Новосибирской области в ходе проведения контроля деятельности ООО "Нефролайн-Новосибирск" (далее - организация) выявил факты нецелевого использования средств ОМС (в том числе расходы, не входящие в структуру тарифа ОМС). Не согласившись с выданным предписанием, организация обратилась в арбитражный суд. Первая инстанция требования истца удовлетворила, вышестоящие инстанции в удовлетворении требований отказали.

Судами было установлено, что в целях предоставления населению Новосибирской области равных условий в получении бесплатной медицинской помощи в рамках программы ОМС ежегодно заключаются тарифные соглашения в системе ОМС Новосибирской области. Тарифные соглашения определяют состав расходов медицинской организации, подлежащих возмещению из средств ОМС, и норматив возмещения расходов. В рамках территориальной программы ОМС организация оказывала медицинскую помощь застрахованным лицам на основании договоров на предоставление медицинской помощи (медицинских услуг) по ОМС, предусматривающих обязанность организации использовать средства ОМС в соответствии с территориальной программой ОМС. Тарифными соглашениями предусмотрено, что в случае обоснованной экономии средств, полученных на заработную плату и начисления на выплаты по оплате труда, средства могут быть направлены на другие виды расходов, включенные в состав тарифа. В случае обоснованной экономии средств, полученных на содержание медицинской организации, средства могут быть направлены на приобретение медикаментов и перевязочных средств. Таким образом, перераспределение средств ОМС, поступивших на приобретение медикаментов и перевязочных средств, на выплату заработной платы и на оплату расходов по содержанию медицинской организации в рассматриваемом случае противоречит указанным выше нормам и положениям тарифных соглашений. По мнению судов, самостоятельное перераспределение организацией средств из одной статьи расходов в другую в пределах тарифа, утвержденных по разным статьям, является нецелевым использованием.

Доводы организации со ссылкой на ее организационно-правовую форму о том, что полученные денежные средства являются доходом коммерческой организации, которая правомочна самостоятельно распределять прибыль от оказания медицинских услуг по своему усмотрению, не были приняты судом кассационной инстанции. Согласно правовой позиции Конституционного Суда РФ, изложенной в Определении от 24 октября 2013 г. N 1648-О, средства ОМС, за счет которых осуществляется оплата расходов медицинских организаций на оказание бесплатной медицинской помощи по программам ОМС, имеют особое публичное предназначение, а потому медицинские организации, осуществляющие свою деятельность в сфере ОМС, вне зависимости от формы собственности и организационно-правовой формы, должны обеспечить их целевое использование. В связи с этим установление ответственности медицинских организаций за использование не по целевому назначению средств, перечисленных по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, не может рассматриваться как необоснованное ограничение прав медицинских организаций, не являющихся государственными (муниципальными) учреждениями (подробнее см. Постановление Арбитражного суда Западно-Сибирского округа от 15 июля 2016 г. N Ф04-3040/2016 г. по делу N А45-12116/2015).

Другим случаем нарушения является **увеличение медицинской организацией объема оказанной медицинской помощи за счет средств ОМС** в нарушение установленного порядка оказания медицинской помощи.

Пример. ООО "Бельгийская Медицинская Компания" (далее - организация) обратилось в Арбитражный суд города Санкт-Петербурга и Ленинградской области с заявлением о признании незаконным решения Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Санкт-Петербурге в части отказа в выделении организации денежных средств за оказанную медицинскую помощь в 1 квартале 2016 года.

Судом было установлено, что организацией, включенной в реестр медицинских организаций, заключены договоры на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС. В январе, феврале и марте 2016 года истец оказал медицинскую помощь шести пациентам. Решением Комиссии организации выделены денежные средства на второй, третий и четвертый кварталы 2016 года, однако денежные средства за оказанные медицинские услуги в первом квартале 2016 года не выделены. Суды подтвердили правомерность такого решения. При установлении объемов предоставления медицинской помощи застрахованным в Санкт-Петербурге лицам на 2016 г. учитывалась потребность в плановой медицинской помощи методом гемодиализа исходя из объемов ее потребления в целом по городу в 2015 году (с учетом роста). Определенная на начало года потребность в медицинской помощи полностью обеспечивалась мощностью медицинских организаций, которые осуществляли свою деятельность в сфере ОМС в Санкт-Петербурге в 2015 году, и в которые в установленном порядке были направлены пациенты. Поскольку организация лишь с 1 января 2016 г. была включена в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС Санкт-Петербурга на 2016 год, она не представляла сведения об объемах потребности в медицинской помощи.

Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации осуществляется по направлению лечащего врача (п. 4 ст. 21 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ"). Структура единой нефрологической службы в Санкт-Петербурге и Положение о Городском нефрологическом центре утверждены распоряжением Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга от 31 октября 2003 г. N 358-р. В п. 2.3 названного распоряжения определено, что принимать больных на заместительные методы лечения (гемодиализ) с терминальной хронической почечной недостаточностью следует только при наличии направления отборочной комиссии Городского нефрологического центра. В то же время организация приняла больных без направления Городского нефрологического центра, что нарушает установленный порядок и дестабилизирует систему ОМС (подробнее см. Постановление Арбитражного суда Северо-Западного округа от 28 июня 2017 г. N Ф07-4914/2017 г. по делу N А56-42326/2016).

При этом такое ограничение не является абсолютным. В тех случаях, когда медицинские организации **вынуждены оказывать медицинскую помощь** (поскольку в соответствии с п. 1 ч. 2 ст. 20 комментируемого Закона, положениями п. 7 ст. 4, ч. 1 и 2 ст. 11 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" отказ в оказании медицинской помощи не допускается) сверх включенной в территориальную программу ОМС, такая медицинская помощь также подлежит оплате.

Пример 1. Уральский федеральный университет им. Б. Ельцина в лице медико-санитарной части (учреждение) обратился с иском к Страховой компании "СОГАЗ-Мед" (далее - страховая медицинская организация) о взыскании задолженности по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

По результатам проведенного страховой медицинской организацией контроля объемов медицинской помощи были выявлены случаи оказания медицинской помощи сверх распределенного объема, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы, на основании чего составлены акты медико-экономического контроля. Неоплата страховой медицинской организацией счетов за оказанные медицинские услуги, мотивированная превышением объемов, установленных территориальной программой ОМС, послужила основанием для обращения учреждения с иском в суд.

Суды первой, апелляционной и кассационной инстанций иск удовлетворили частично, указав, что превышение объемов оказания медицинской помощи учреждением связано с увеличением количества медосмотров (увеличение количества студентов, рост сезонных ОРВИ в декабре 2014 года - марте 2015 года). Факт оказания учреждением застрахованным лицам медицинских услуг в соответствии с территориальной программой ОМС и их стоимость подтверждены материалами дела.

Факт оказания истцом медицинской помощи страховой медицинской организацией не оспаривался. Доказательств необоснованности объема взыскиваемых средств за фактически оказанные учреждением услуги также не было представлено. На этом основании суды удовлетворили требования о взыскании задолженности по договору, а также пени в связи с нарушением сроков оплаты выполненных работ.

При этом судом апелляционной инстанции было правомерно отмечено, что федеральное законодательство не ставит в зависимость возможность оказания лечебным учреждением гражданину бесплатной медицинской помощи в рамках программы ОМС от запланированного общего объема таких услуг и гарантирует оказание бесплатной медицинской помощи гражданам, застрахованным в системе ОМС; оказанные истцом медицинские услуги сверх установленного объема являются страховыми случаями и подлежат оплате в заявленном размере (подробнее см. Постановление Арбитражного суда Уральского округа от 22 февраля 2017 г. N Ф09-11976/16 по делу N А60-5481/2016).

При этом судами принимается во внимание ч. 6 ст. 38 комментируемого Закона, согласно которой в случае превышения установленного в соответствии с комментируемым 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, ТФОМС принимает решение о предоставлении или об отказе в предоставлении страховой медицинской организации недостающих для оплаты медицинской помощи средств из нормированного страхового запаса ТФОМС.

Пример 2. Уральский федеральный университет им. Б. Ельцина в лице медико-санитарной части (учреждение) обратился с иском к СМК "УГМК-Медицина" (далее - страховая медицинская организация, общество) о взыскании задолженности по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, по которому учреждением оказывались медицинские услуги по ОМС. Иск был мотивирован тем, что страховой медицинской организацией по результатам проведенного контроля объемов медицинской помощи были выявлены случаи оказания медицинской помощи сверх распределенного объема, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы, и учреждению отказано в оплате фактически оказанной медицинской помощи.

Суд первой инстанции отказал в удовлетворении исковых требований, однако суд апелляционной инстанции решение отменил, исковые требования удовлетворил. Кассационная инстанция позицию апелляционного суда поддержала, приняв во внимание, что лечебное учреждение, включенное в территориальную программу ОМС, являющуюся гарантией обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью, не вправе отказать в предоставлении медицинской помощи обратившимся гражданам.

Как было правильно указано судом апелляционной инстанции, федеральное законодательство не ставит возможность оказания лечебным учреждением гражданину бесплатной медицинской помощи (в рамках программы ОМС) в зависимость от запланированного общего объема таких услуг. Учреждение выполнило принятые на себя по договору обязательства путем оказания всем обратившимся застрахованным лицам необходимой медицинской помощи. Законные основания для возложения на учреждение расходов на оказание медицинской помощи застрахованным обществом гражданам в размере, равном разнице между стоимостью фактически оказанной помощи и ее запланированными объемами, отсутствуют, поскольку превышение объемов оказания медицинской помощи связано с повышением количества обратившихся за помощью лиц.

При этом судом апелляционной инстанции было правомерно учтено, что утвержденная стоимость годового объема оказанной учреждением медицинской помощи не превышена, а также обоснованно принята во внимание предусмотренная ч. 6 ст. 38 комментируемого Закона возможность предоставления ТФОМС денежных средств страховой медицинской организации, недостающих для оплаты оказанной застрахованным лицам медицинской помощи в рамках ОМС, за счет нормированного страхового запаса ТФОМС. С учетом изложенных обстоятельств суд апелляционной инстанции пришел к правильному выводу об обоснованности требований истца.

Ссылка общества на то, что учреждение не обращалось в комиссию по разработке территориальной программы ОМС Свердловской области, не может быть принята в качестве обстоятельства, свидетельствующего об обоснованности правовой позиции общества, поскольку согласно Правилам ОМС правом на обращение в соответствующую комиссию наделены и медицинские страховые организации (см. Постановление Арбитражного суда Уральского округа от 7 февраля 2017 г. N Ф09-11392/16 по делу N А60-5483/2016);

3) согласно ч. 1 ст. 30 комментируемого Закона **тарифы на оплату медицинской помощи** рассчитываются в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной Правилами ОМС, и включают в себя статьи затрат, установленные территориальной программой ОМС.

Юридическое закрепление тарифа на оплату медицинской помощи в конкретном субъекте РФ устанавливается соглашением между уполномоченным государственным органом субъекта РФ, ТФОМС конкретного субъекта РФ, представителями страховых медицинских организаций, профессиональных медицинских ассоциаций, профессиональных союзов медицинских работников (ч. 2 ст. 30 комментируемого Закона).

Структура тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с ч. 4 ст. 30 комментируемого Закона устанавливается исключительно им самим. Так, в ч. 7 ст. 35 комментируемого Закона предусмотрено, что 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);

- расходы на организацию питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации);

- расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества;

- расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг;

- социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством РФ;

- прочие расходы;

- расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до 100 000 рублей за единицу.

Примечательно здесь то, что в противовес норме ч. 4 ст. 30 комментируемого Закона, которой установлено, что структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливается комментируемым Законом (см. ч. 7 ст. 35 комментируемого Закона), в ч. 2 ст. 35 настоящего Федерального закона говорится, что базовая программа ОМС, утверждаемая Правительством РФ (ч. 1 ст. 35), определяет (среди прочего) структуру тарифа на оплату медицинской помощи. Таким образом, налицо формальное противоречие ч. 4 ст. 30 и ч. 2 ст. 35 комментируемого Закона. Однако данное противоречие на практике снимается тем, что базовой программой ОМС устанавливается лишь содержательная часть структуры тарифа на оплату медицинской помощи, тогда как сама структура уже установлена ч. 7 ст. 35 комментируемого Закона.

Частью 6 ст. 15 комментируемого Закона предусмотрено, что медицинские организации ведут раздельный учет по операциям со средствами ОМС;

4) словосочетание **"иной случай"** в комментируемой норме означает, что перечень оснований для оплаты оказанной медицинской помощи не ограничивается договором и установленными тарифами, но может вытекать из самого комментируемого Закона. В качестве иного случая можно указать на п. п. 1 и 2 ст. 4, ч. 8 ст. 39 комментируемого Закона, из которых следует, что медицинская организация, включенная в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, но не заключившая договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, не вправе отказать застрахованным лицам в медицинской помощи, но также вправе претендовать на получение средств ОМС за оказанную помощь.

1.3. Следующее право медицинских организаций на **обжалование заключения страховой медицинской организации и ТФОМС по оценке объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи** раскрывается в ст. 42 настоящего Федерального закона (см. [комментарий к ст. 42](#Par3658)). Данное право медицинских организаций является следствием реализации права страховых медицинских организаций и ТФОМС на проверку объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями.

Право медицинских организаций на обжалование является безусловным, предусмотрено также ст. ст. 1, 10, 15 ГК РФ, и если бы оно не было закреплено в комментируемом Законе, то медицинские организации все равно могли его реализовывать.

2. Часть 2 комментируемой статьи перечисляет **обязанности медицинской организации**, которых всего 9. Перечисляемые обязанности медицинской организации, как правило, дополнительно раскрываются в комментируемом Законе в иных статьях. Поэтому, а также с учетом п. 8 ч. 2 комментируемой статьи, данные обязанности медицинской организации в сфере ОМС являются основными, но комментируемой статьей не исчерпываются.

**Первой обязанностью** медицинской организации названа обязанность **бесплатно оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ ОМС**. Данная обязанность раскрывается также в п. п. 1 и 4 ст. 4, ч. 4 - 6 ст. 15, ч. 2, 3, 5 ст. 35, ч. 2, 4 - 6 ст. 36, ч. 5, 6 ст. 39 настоящего Федерального закона (см. [комментарии к указанным статьям](#Par458)). Контроль за исполнением медицинскими организациями требования о бесплатности предоставления медицинской помощи в рамках ОМС осуществляют территориальные фонды ОМС (см. ч. 11 ст. 40, ст. ст. 41, 42 настоящего Федерального закона). Поскольку медицинская помощь застрахованным лицам оплачивается за счет средств ОМС, то у медицинской организации нет права требовать какой-либо оплаты с застрахованных лиц за оказываемую медицинскую помощь. Вся система ОМС построена именно на том, чтобы застрахованные лица в необходимых случаях не оплачивали медицинскую помощь. Именно поэтому так много внимания уделяется рассматриваемой обязанности медицинской организации.

Рассматриваемая обязанность по бесплатному оказанию медицинской помощи застрахованным лицам при этом сочетается с правом медицинской организации требовать от страховых медицинских организаций оплаты за оказанную помощь (см. Постановление Арбитражного суда Дальневосточного округа от 20 октября 2015 г. N Ф03-3873/2015 по делу N А04-9028/2014), если такая помощь входит в программы ОМС.

**Второй обязанностью** медицинской организации названа обязанность **вести** в соответствии с комментируемым Законом **персонифицированный учет сведений о медицинской помощи**, оказанной застрахованным лицам. Названная обязанность также раскрывается в иных нормах настоящего Федерального закона - в ст. ст. 43, 44, 47, 49 (см. [комментарий к указанным статьям](#Par3697)). Исполнение данной обязанности важно для всей системы ОМС и здравоохранения: поскольку средства ОМС входят в бюджетные средства (в соответствии с БК РФ), проведение эффективного контроля за расходованием средств ОМС необходимо в целях недопущения дефицита бюджета ФФОМС. Помимо этого, на основании персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, решается вопрос о производстве медицинской организации выплат за счет средств ОМС.

Персонифицированный учет ведется на основании Приказа Минздравсоцразвития РФ от 25 января 2011 г. N 29н "Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования".

**Третьей обязанностью** медицинской организации является обязанность **предоставлять страховым медицинским организациям и ТФОМС сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи**, необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Данная обязанность конкретизируется в ст. 40 настоящего Федерального закона (см. [комментарий к ст. 40](#Par3266)). 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. Результаты медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи оформляются соответствующими актами.

**Четвертой обязанностью** медицинской организации названа обязанность **предоставлять отчетность о деятельности в сфере ОМС** в порядке и по формам, которые установлены ФФОМС. Данная обязанность раскрывается также в ст. ст. 40, 41, 47 комментируемого Закона.

Формы отчетности медицинских организаций устанавливаются Приказом ФФОМС от 16 августа 2011 г. N 146 "Об утверждении форм отчетности", а также Приказом ФФОМС от 26 марта 2013 г. N 65 "Об установлении формы и порядка предоставления отчетности о заработной плате работников медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования". Порядок отчетности устанавливается также упоминавшимся Порядком ведения персонифицированного учета в сфере ОМС.

**Пятой обязанностью** медицинской организации названа обязанность **использовать средства ОМС**, полученные за оказанную медицинскую помощь, **в соответствии с программами ОМС**. Данная обязанность также раскрывается в ч. 9 ст. 39 настоящего Федерального закона (см. [комментарий к ст. 39](#Par3205)). При расходовании не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, на медицинскую организацию накладываются санкции. При этом медицинская организация обязан вернуть средства, использованные не по назначению, в бюджет соответствующего ТФОМС, что также не освобождает такую медицинскую организацию от исполнения иных своих обязанностей в сфере ОМС. Неисполнение такой обязанности помимо санкций влечет уменьшение финансирования медицинской организации.

**Шестой обязанностью** медицинской организации является обязанность **размещать на своем официальном сайте в сети Интернет информацию** о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи. Эта обязанность раскрывается также в ч. 3 ст. 15, ст. 49 настоящего Федерального закона (см. [комментарий к указанным статьям](#Par1374)). Исполнение обязанности по раскрытию информации о медицинской организации на сайте в сети Интернет способствует более качественному и оперативному информированию застрахованных лиц. При этом защита прав и законных интересов застрахованных лиц в ОМС рассматривается как приоритетная задача всех субъектов и участников отношений по ОМС.

**Седьмая обязанность** медицинской организации связана с рассмотренной выше шестой обязанностью. Так, медицинские организации обязаны **предоставлять застрахованным лицам, страховым медицинским организациям и ТФОМС сведения** о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, а также показателях доступности и качества медицинской помощи, перечень которых устанавливается в территориальной программе ОМС.

Осуществление данной обязанности регламентируется также в ряде статей настоящего Федерального закона - ст. 14, ч. 3 ст. 15, ст. 49 (см. [комментарий к указанным статьям](#Par1186)). Предоставление информации о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, а также показателях доступности и качества медицинской помощи в адрес ТФОМС и страховых медицинских организаций направлено на информирование застрахованных лиц. ТФОМС отражает подобные сведения в реестре медицинских организаций, а страховые медицинские организации отражают сведения о медицинских организациях, с которыми у них заключены договоры на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, на своих сайтах в сети Интернет.

**Восьмой обязанностью** медицинской организации, указанной в п. 7.1 ч. 2 комментируемой статьи, является обязанность **использовать средства нормированного страхового запаса ТФОМС** для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования в порядке, определяемом Правительством РФ. Указанный порядок установлен Постановлением Правительства РФ от 21 апреля 2016 г. N 332 "Об утверждении Правил использования медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса территориального фонда ОМС для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования". Примечательно в данном Постановлении Правительства РФ от 21 апреля 2016 г. N 332 то, что фактически в нем говорится о **праве** медицинских организаций по использованию медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса ТФОМС:

1) так, определяются мероприятия, на которые может расходоваться нормированный страховой запас ТФОМС:

а) организация дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации;

б) приобретение медицинского оборудования;

в) проведение ремонта медицинского оборудования;

2) определяются условия, при которых может использоваться нормированный страховой запас ТФОМС.

При этом в п. п. 5, 6 и 7 Правил, утвержденных данным Постановлением Правительства РФ, ведется речь "о реализации медицинской организацией мероприятий". Сам термин "реализация", безусловно, относится к субъективному праву, а не к обязанности, поскольку юридическая обязанность "исполняется" или "выполняется".

Таким образом, несмотря на то, что рассматриваемая обязанность, указанная в п. 7.1 ч. 2 комментируемой статьи, определена в виде обязанности медицинской организации, фактически речь ведется о **праве медицинской организации на дополнительное финансирование за счет средств ОМС** при соблюдении определенных условий.

**Девятая обязанность** медицинской организации (п. 7.2 комментируемой статьи) связана с необходимостью использовать средства нормированного страхового запаса территориального фонда для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала в порядке, предусмотренном ч. 6.6 ст. 26 комментируемого Закона (см. [комментарий к ч. 6.6 ст. 26](#Par2129)). Вступление в силу данной нормы предусмотрено с 1 января 2025 г.

**Десятая обязанность** (п. 8 ч. 2 комментируемой статьи) не сформулирована и представляет собой общее обычное указание на то, что медицинские организации обязаны выполнять **иные обязанности** в соответствии с комментируемым Законом. Так, обязанности медицинских организаций по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС установлены в ст. 39 настоящего Федерального закона (подробнее см. [комментарий к ст. 39](#Par3089)). Подробно они определены в Типовом договоре на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утв. Приказом Минздрава России от 24 декабря 2012 г. N 1355н.

Глава 5. ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО

МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Статья 21. Средства обязательного медицинского страхования

Комментарий к статье 21

1. Комментируемая статья устанавливает **источники формирования средств ОМС**. Как справедливо отмечается в юридической литературе, настоящий Федеральный закон не содержит понятия "средства ОМС". ФЗ "Об основах обязательного социального страхования" определяет понятие **"средства обязательного социального страхования"** как денежные средства и имущество, которые находятся в оперативном управлении страховщика конкретных видов обязательного социального страхования. Учитывая, что ОМС является видом обязательного социального страхования, авторы одного из комментариев к настоящему Федеральному закону обоснованно предлагают следующее определение: **средства ОМС** - это денежные средства и имущество, которые находятся в оперативном управлении страховщика (ФФОМС и ТФОМС) <90>.

--------------------------------

<90> См.: Грачева Т.Ю., Слесарев С.А., Вахрушева Ю.Н. Комментарий к Федеральному закону от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" / под ред. Т.Ю. Грачевой. М., 2012.

Одним из главных источников формирования средств ОМС, который называется в статье первым среди других источников, является **доход (доходы) от уплаты страховых взносов на ОМС**.

Легальное понятие **страховых взносов на ОМС** содержится в ст. 3 комментируемого Закона - это обязательные платежи, которые уплачиваются страхователями, обладают обезличенным характером и целевым назначением которых является обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения.

Обобщенное понятие страховых взносов, уплачиваемых во все государственные внебюджетные фонды для целей обязательного социального страхования, содержится в ст. 3 ФЗ "Об основах обязательного социального страхования". Названной статьей устанавливается, что **страховой взнос** - это обязательный платеж на обязательное социальное страхование.

В ст. 8 НК РФ также приводится определение **страховых взносов**: под ними понимаются обязательные платежи на обязательное пенсионное страхование, обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, на обязательное медицинское страхование, взимаемые с организаций и физических лиц в целях финансового обеспечения реализации прав застрахованных лиц на получение страхового обеспечения по соответствующему виду обязательного социального страхования. В соответствии с названной выше статьей НК РФ страховыми взносами также признаются взносы, взимаемые с организаций в целях дополнительного социального обеспечения отдельных категорий физических лиц.

Понятие страховых взносов на ОМС соотносится с приведенными обобщенными понятиями страховых взносов как часть с целым, не противоречит им, однако содержит индивидуальные особенности, присущие данному виду страховых взносов, а именно: страховые взносы на ОМС имеют определенное целевое назначение. Иначе говоря, за счет средств страховых взносов на ОМС в том числе обеспечиваются государственные гарантии бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на всей территории РФ.

2. Средства ОМС пополняются и за счет **доходов от уплаты недоимок по взносам, налоговым платежам**. В ст. 11 НК РФ содержится понятие **недоимки** - это сумма налога, сумма сбора или сумма страховых взносов, не уплаченная в установленный законодательством о налогах и сборах срок.

В соответствии со ст. 146 БК РФ в бюджет ФФОМС зачисляются **налоговые доходы**, предусмотренные п. 12 ст. 241 названного Кодекса. Речь идет о доходах от уплаты следующих видов налогов:

1) минимального налога, взимаемого в связи с применением упрощенной системы налогообложения;

2) налога, взимаемого в связи с применением упрощенной системы налогообложения;

3) налога, взимаемого в виде стоимости патента в связи с применением упрощенной системы налогообложения;

4) единого налога на вмененный доход для отдельных видов деятельности;

5) единого сельскохозяйственного налога.

Перечисленные налоговые доходы распределяются между бюджетами бюджетной системы Российской Федерации в соответствии с нормативами, предусмотренными ст. 37 Федерального закона от 24 июля 2009 г. N 213-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных законодательных актов (положений законодательных актов) Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования". В частности, от минимального налога, взимаемого в связи с применением упрощенной системы налогообложения, в бюджет ФФОМС поступают средства по нормативу 20%; от налога, взимаемого в связи с применением упрощенной системы налогообложения, и налога, взимаемого в виде стоимости патента в связи с применением упрощенной системы налогообложения - по нормативу 5%; от единого налога на вмененный доход для отдельных видов деятельности - по нормативу 5%; от единого сельскохозяйственного налога - по нормативу 3,6%. Кроме того, в ФФОМС продолжают поступать и доходы от погашения задолженности по единому социальному налогу (соответствующим пеням и штрафам), действовавшему до 1 января 2010 г.

Таким образом, суммы страховых взносов и налогов, не уплаченные в установленный законодательством срок, включаются в объем средств ОМС в виде уплаты недоимок.

3. **Доходы от уплаты начисленных пеней и штрафов** также являются источником формирования средств ОМС.

В соответствии с правилами НК РФ **пеней** признается установленная ст. 75 данного Кодекса денежная сумма, которую налогоплательщик должен выплатить в случае уплаты причитающихся сумм налогов, в том числе налогов, уплачиваемых в связи с перемещением товаров через таможенную границу Таможенного союза, в более поздние по сравнению с установленными законодательством о налогах и сборах сроки. Пунктом 7 упомянутой статьи НК РФ предусмотрено, что правила, предусмотренные этой статьей, применяются также в отношении сборов, страховых взносов и распространяются на плательщиков сборов, плательщиков страховых взносов, налоговых агентов и консолидированную группу налогоплательщиков.

Из ст. 114 НК РФ следует, что **штрафы** - это налоговые санкции, которые устанавливаются и применяются в виде денежных взысканий в размерах, предусмотренных главами 16 и 18 НК РФ. Налоговая санкция является мерой ответственности за совершение налогового правонарушения. Сумма штрафа, взыскиваемого с налогоплательщика, плательщика сбора, плательщика страховых взносов или налогового агента за налоговое правонарушение, повлекшее задолженность по налогу (сбору, страховым взносам), подлежит перечислению со счетов соответственно налогоплательщика, плательщика сбора, плательщика страховых взносов или налогового агента только после перечисления в полном объеме этой суммы задолженности и соответствующих пеней в очередности, установленной гражданским законодательством Российской Федерации.

Очередность списания денежных средств со счета установлена ст. 855 ГК РФ. При недостаточности денежных средств на счете для удовлетворения всех предъявленных к лицу требований списание денежных средств осуществляется в очередности, установленной названной статьей ГК РФ. В первую очередь денежные средства списываются по исполнительным документам, предусматривающим перечисление или выдачу денежных средств со счета для удовлетворения требований о возмещении вреда, причиненного жизни и здоровью, а также требований о взыскании алиментов. Во вторую очередь денежные средства списываются по исполнительным документам, предусматривающим перечисление или выдачу денежных средств для расчетов по выплате выходных пособий и оплате труда с лицами, работающими или работавшими по трудовому договору (контракту), по выплате вознаграждений авторам результатов интеллектуальной деятельности. И только в **третью очередь** списываются денежные средства по платежным документам, предусматривающим перечисление или выдачу денежных средств для расчетов по оплате труда с лицами, работающими по трудовому договору (контракту), поручениям налоговых органов на списание и перечисление задолженности по уплате налогов и сборов в бюджеты бюджетной системы Российской Федерации, а также поручениям органов контроля за уплатой страховых взносов на списание и перечисление сумм страховых взносов в бюджеты государственных внебюджетных фондов. В четвертую очередь денежные средства списываются по исполнительным документам, предусматривающим удовлетворение других денежных требований. В пятую очередь - по другим платежным документам в порядке календарной очередности.

4. Средства ОМС формируются в соответствии с п. 2 настоящей статьи **за счет средств федерального бюджета**, передаваемых в бюджет ФФОМС в случаях, установленных федеральными законами, **в части компенсации выпадающих доходов в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на ОМС**.

По общему правилу, установленному ст. 425 НК РФ, **тариф страхового взноса** представляет собой величину страхового взноса на единицу измерения базы для исчисления страховых взносов, если иное не предусмотрено главой 34 НК РФ. На ОМС тариф страхового взноса установлен в размере 5,1%.

**Пониженные тарифы страховых взносов** применяются для плательщиков, относящихся к лицам, производящим выплаты и иные вознаграждения физическим лицам (организации; индивидуальные предприниматели; физические лица, не являющиеся индивидуальными предпринимателями) по правилам, предусмотренным ст. 427 НК РФ. В п. 1 указанной статьи называются тринадцать видов плательщиков, для которых применяются пониженные тарифы, среди них следующие:

- хозяйственные общества и хозяйственные партнерства, деятельность которых заключается в практическом применении (внедрении) результатов интеллектуальной деятельности, исключительные права на которые принадлежат учредителям, участникам (в том числе совместно с другими лицами) таких хозяйственных обществ, участники таких хозяйственных партнерств - бюджетные научные учреждения и автономные научные учреждения либо образовательные организации высшего образования, являющиеся бюджетными учреждениями, автономными учреждениями;

- организации и индивидуальные предприниматели, заключившие с органами управления особыми экономическими зонами соглашения об осуществлении технико-внедренческой деятельности и производящие выплаты физическим лицам, работающим в технико-внедренческой особой экономической зоне или промышленно-производственной особой экономической зоне, организации и индивидуальные предприниматели, заключившие соглашения об осуществлении туристско-рекреационной деятельности и производящие выплаты физическим лицам, работающим в туристско-рекреационных особых экономических зонах, объединенных решением Правительства РФ в кластер;

- российские организации, которые осуществляют деятельность в области информационных технологий, разрабатывают и реализуют разработанные ими программы для ЭВМ, базы данных на материальном носителе или в форме электронного документа по каналам связи независимо от вида договора и (или) оказывают услуги (выполняют работы) по разработке, адаптации, модификации программ для ЭВМ, баз данных (программных средств и информационных продуктов вычислительной техники), устанавливают, тестируют и сопровождают программы для ЭВМ, баз данных;

- плательщики, производящие выплаты и иные вознаграждения членам экипажей судов, зарегистрированных в Российском международном реестре судов (за исключением судов, используемых для хранения и перевалки нефти, нефтепродуктов в морских портах Российской Федерации), за исполнение трудовых обязанностей члена экипажа судна, - в отношении данных выплат и вознаграждений;

- организации и индивидуальные предприниматели, применяющие упрощенную систему налогообложения, основным видом экономической деятельности которых являются установленные ст. 427 НК РФ виды деятельности (производство пищевых продуктов; производство минеральных вод и других безалкогольных напитков; текстильное и швейное производство и др.);

- налогоплательщики единого налога на вмененный доход для отдельных видов деятельности - аптечных организаций и индивидуальных предпринимателей, имеющих лицензию на фармацевтическую деятельность, - в отношении выплат и вознаграждений, производимых физическим лицам, которые в соответствии с ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" имеют право на занятие фармацевтической деятельностью или допущены к ее осуществлению, и другие плательщики.

Для установленных НК РФ плательщиков применяются пониженные тарифы страховых взносов на ОМС в размере, который установлен по видам плательщиков и установлен на определенный период времени (2017, 2018, 2019 годы, 2017 - 2023 годы, 2017 - 2027 годы). Пониженный размер страховых взносов на ОМС варьируется от 0% до 4%.

Одновременно следует иметь в виду, что пониженные тарифы страховых взносов применяются плательщиками только при выполнении **условий, предусмотренных** **ст. 427** **НК РФ**. Эти условия установлены по видам плательщиков. Например, хозяйственным обществам и хозяйственным партнерствам, деятельность которых заключается в практическом применении (внедрении) результатов интеллектуальной деятельности таких хозяйственных обществ, участников таких хозяйственных партнерств - бюджетных научных учреждений и автономных научных учреждений либо образовательных организаций высшего образования, являющихся бюджетными учреждениями, автономными учреждениями, необходимо выполнять следующие условия:

а) осуществлять научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы и практическое применение (внедрение) результатов интеллектуальной деятельности;

б) применять упрощенную систему налогообложения;

в) внести в реестр учета уведомлений сведения о создании хозяйственных обществ и хозяйственных партнерств.

Для благотворительных организаций, зарегистрированных в установленном законодательством РФ порядке и применяющих упрощенную систему налогообложения, применение пониженных тарифов страховых взносов возможно при условии соответствия деятельности благотворительной организации целям, предусмотренным ее учредительными документами.

5. В формировании средств ОМС принимают участие и субъекты РФ, которые передают **денежные средства бюджетов субъектов РФ** в бюджеты ТФОМС в соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов РФ (п. 3 комментируемой статьи).

Следует отметить, что полномочия органов государственной власти субъектов РФ в сфере ОМС установлены ст. 8 комментируемого Закона. Поэтому субъекты РФ участвуют в формировании средств ОМС в силу законодательно установленных полномочий. В частности, органы исполнительной власти субъектов РФ, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов РФ, являются страхователями для неработающих граждан и обязаны уплачивать страховые взносы на ОМС неработающего населения. Период, порядок и сроки уплаты страховых взносов на ОМС неработающего населения предусмотрены ст. 24 комментируемого Закона. Расчетным периодом по страховым взносам на ОМС неработающего населения признается календарный год (подробнее см. [комментарий к ст. 24](#Par1992)).

Размер и порядок расчета тарифа страхового взноса на ОМС неработающего населения установлен ФЗ "О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения", который принят в соответствии с требованиями ст. 23 комментируемого Закона. Размер тарифа страхового взноса на ОМС неработающего населения установлен в размере 18 864,6 рубля. Субъекты РФ обязаны рассчитать тариф страхового взноса на ОМС неработающего населения в соответствии с порядком, который предусмотрен ст. 2 указанного Федерального закона. Тариф страхового взноса на ОМС неработающего населения в субъекте РФ рассчитывается как **произведение размера тарифа** (18 864,6 рубля), **коэффициента дифференциации** и **коэффициента удорожания стоимости медицинских услуг**. Указанные коэффициенты определяются согласно приложению к названному Федеральному закону и ежегодно устанавливаются федеральным законом о бюджете ФФОМС на очередной финансовый год и плановый период.

Значение коэффициента дифференциации для субъекта РФ, а также коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг определяются по формулам, предусмотренным в приложении к ФЗ "О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения".

Следует учитывать, что в соответствии с действующим законодательством тариф страхового взноса на ОМС неработающего населения учитывает финансовое обеспечение медицинской помощи, виды и условия оказания которой установлены только базовой программой ОМС (ст. 2 ФЗ "О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения").

В соответствии со ст. 23 комментируемого Закона годовой объем бюджетных ассигнований, предусмотренных бюджетом субъекта РФ на обязательное медицинское страхование неработающего населения, не может быть меньше произведения численности неработающих застрахованных лиц в субъекте РФ на 1 января года, предшествующего очередному, и тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения, установленного федеральным законом. Годовой объем бюджетных ассигнований на обязательное медицинское страхование неработающего населения утверждается законом о бюджете субъекта РФ в отношении застрахованных лиц, указанных в п. 5 ст. 10 комментируемого Закона.

В соответствии с п. 5 ст. 10 комментируемого Закона к **неработающим гражданам** относятся следующие категории граждан:

а) дети со дня рождения до достижения ими возраста 18 лет;

б) неработающие пенсионеры независимо от основания назначения пенсии;

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

г) безработные граждане, зарегистрированные в соответствии с 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 граждане, за исключением военнослужащих и приравненных к ним в организации оказания медицинской помощи лиц.

6. Кроме уплаты страховых взносов на ОМС неработающего населения в полномочия органов государственной власти субъектов РФ входят и иные направления деятельности, которые влияют на формирование средств ОМС, а именно:

- установление в территориальных программах ОМС дополнительных объемов страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой ОМС, а также дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС;

- финансовое обеспечение и реализация территориальных программ ОМС в размере, превышающем размер субвенций, предоставляемых из бюджета ФФОМС бюджетам ТФОМС.

Как предусмотрено ч. 3 ст. 36 комментируемого Закона, норматив финансового обеспечения территориальной программы ОМС может превышать установленный базовой программой ОМС норматив финансового обеспечения базовой программы ОМС в случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой ОМС, а также в случае установления перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой ОМС (более подробно см. [комментарий к ст. 36](#Par2814)).

Размер и порядок уплаты платежей субъектов РФ на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы ОМС в пределах базовой программы ОМС и на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС, устанавливаются законом конкретного субъекта РФ (ч. 7 ст. 26 комментируемого Закона). Такие законодательные акты принимаются в субъектах РФ, однако наблюдается далеко не одинаковый подход к решению данного вопроса. Одни субъекты РФ принимают законы о размере и порядке уплаты платежей на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы ОМС только в пределах базовой программы ОМС, другие субъекты РФ устанавливают также размер и порядок на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС. Одни субъекты РФ в указанных законах не устанавливают конкретный размер платежей, а отсылают к законам о бюджете субъекта РФ, другие - устанавливают конкретный размер на соответствующий год.

Так, например, в Иркутской области принят Закон Иркутской области от 4 июля 2012 г. N 75-ОЗ "О размере и порядке уплаты платежей Иркутской области на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования". Названным объемом предусмотрено, что объем бюджетных ассигнований на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы ОМС в пределах базовой программы ОМС устанавливается законом Иркутской области об областном бюджете на очередной финансовый год и плановый период.

В Ивановской области действует Закон Ивановской области от 9 декабря 2013 г. N 99-ОЗ "О размере и порядке уплаты платежей Ивановской области на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования и платежей Ивановской области на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования". Размеры платежей на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС, начиная с 2015 года устанавливаются дифференцированно на соответствующий год и в зависимости от вида медицинской помощи. Среди видов медицинской помощи установлены следующие: паллиативная медицинская помощь; мероприятия, направленные на проведение неонатального скрининга на 5 наследственных и врожденных заболеваний и аудиологического скрининга в учреждениях государственной системы здравоохранения Ивановской области; мероприятия, направленные на проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка у беременных женщин.

7. **Доходы от размещения временно свободных средств** являются еще одним источником формирования средств ОМС в соответствии с п. 4 настоящей статьи.

В соответствии со ст. 29 комментируемого Закона порядок и условия размещения временно свободных средств ФФОМС и ТФОМС устанавливаются Правительством РФ. Так, Постановлением Правительства РФ от 31 декабря 2010 г. N 1225 "О размещении временно свободных средств Федерального фонда ОМС и территориальных фондов обязательного медицинского страхования" установлены порядок и условия размещения временно свободных средств. Названным Постановлением утверждены Правила размещения временно свободных средств ФФОМС и ТФОМС. В соответствии с Правилами размер временно свободных средств фондов определяется на основании данных кассового планирования исполнения бюджета фонда, данных о состоянии счета по учету средств ОМС фонда, открытого территориальному органу Федерального казначейства в подразделении Центрального банка РФ. Правилами устанавливаются условия к размещению на банковских депозитах временно свободных средств фондов, а также устанавливаются требования к кредитным организациям, в которых могут размещаться временно свободные средства. Размещение временно свободных средств фонда на банковские депозиты в кредитных организациях осуществляется соответственно ФФОМС и ТФОМС на основании результатов конкурса. Конкурс проводится путем отбора заявок кредитных организаций на заключение договоров банковского депозита. Уплата процентов на сумму депозита в порядке, определяемом условиями договора банковского депозита, производится кредитной организацией на единый счет бюджета ФФОМС или ТФОМС, открытый территориальному органу Федерального казначейства в подразделении Центрального банка РФ, в соответствии с реквизитами, указанными в договоре банковского депозита (более подробно см. [комментарий к ст. 29](#Par2246)).

Таким образом, в соответствии с п. 4 комментируемой статьи доходы от размещения временно свободных средств являются средствами ОМС. На этот счет имеется и положительная судебная практика.

Пример. ТФОМС Амурской области обратился в Арбитражный суд Амурской области с иском к ОАО "МСК "Дальмедстрах" о взыскании денежных средств, составляющих проценты банка, начисленные за 2011 год на свободный остаток находящихся на счете ответчика средств ОМС, и пеней в размере 1/300 ставки рефинансирования Центрального банка РФ, начисленных на данную сумму за период с 24 января 2012 г. по день принятия арбитражным судом решения.

Решением Арбитражного суда первой инстанции от 19 ноября 2011 г. в удовлетворении исковых требований было отказано. Постановлением Шестого арбитражного апелляционного суда от 12 февраля 2013 г. решение оставлено без изменения. Однако Постановлением ФАС Дальневосточного округа от 20 августа 2013 г. указанные судебные акты отменены, дело направлено на новое рассмотрение в арбитражный суд первой инстанции.

При новом рассмотрении дела истец уточнил исковые требования: просил взыскать с ОАО "МСК "Дальмедстрах" неосновательное обогащение в виде причисленных процентов банка на свободный остаток средств на счете ОМС по договору о финансовом обеспечении ОМС на 2011 год, а также проценты за пользование чужими денежными средствами. Решением от 29 ноября 2013 г., оставленным без изменения Постановлением Шестого Арбитражного апелляционного суда от 5 марта 2014 г., иск был удовлетворен в полном объеме. Судебные акты мотивированы тем, что в силу п. 4 ст. 21 и ст. 28 комментируемого Закона доходы от размещения временно свободных остатков средств являются средствами ОМС, и страховые медицинские организации не наделены правом получать такие доходы, которые являются государственными финансовыми средствами и должны использоваться исключительно на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС, что исключает возможность их перехода в собственность страховой медицинской организации.

Кассационная жалоба ОАО "МСК "Дальмедстрах" удовлетворена не была, решение было оставлено без изменения (см. Постановление ФАС Дальневосточного округа от 16 июня 2014 г. N Ф03-2295/2014 по делу N А04-7114/2012).

8. Пунктом 5 комментируемой статьи предусмотрено, что средства ОМС формируются и за счет **иных источников, предусмотренных законодательством РФ**. Таким образом, источниками могут являться любые поступления в соответствии с законодательством РФ. В частности, ст. 46 БК РФ устанавливается, что суммы конфискаций, компенсаций и иные средства, в принудительном порядке изымаемые в доход государственных внебюджетных фондов Российской Федерации, территориальных государственных внебюджетных фондов в соответствии с законодательством РФ и решениями судов, подлежат зачислению в соответствующие бюджеты бюджетной системы РФ по нормативу 100%.

Приложение к Приказу ФФОМС от 28 декабря 2012 г. N 276 "Об осуществлении Федеральным фондом обязательного медицинского страхования бюджетных полномочий главного администратора и администратора доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования" устанавливает Перечень источников доходов бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования. Если обратиться к этому перечню, то среди перечисленных выше источников поступлений в бюджет увидим и другие источники, которые не упоминаются в комментируемой статье, а именно:

- доходы от сдачи в аренду имущества, находящегося в оперативном управлении ФФОМС;

- прочие поступления от использования имущества, находящегося в оперативном управлении ФФОМС;

- доходы, поступающие в порядке возмещения расходов, понесенных в связи с эксплуатацией федерального имущества, закрепленного на праве оперативного управления за ФФОМС;

- прочие доходы от компенсации затрат бюджета ФФОМС;

- доходы от реализации имущества, находящегося в оперативном управлении ФФОМС (в части реализации основных средств по указанному имуществу);

- доходы от реализации имущества, находящегося в оперативном управлении ФФОМС (в части реализации материальных запасов по указанному имуществу);

- доходы от продажи нематериальных активов, находящихся в федеральной собственности, закрепленных за ФФОМС, и т.д.

Таким образом, перечень источников формирования средств ОМС не является закрытым, и средства ОМС могут формироваться также за счет иных источников, которые предусмотрены законодательством Российской Федерации.

Статья 22. Страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения

Комментарий к статье 22

1. Комментируемая статья регулирует вопрос о **страховых взносах на ОМС работающего населения**. В ч. 1 рассматриваемой статьи содержится отсылочная норма к законодательству РФ о налогах и сборах. В частности, перечисляются вопросы, которые касаются уплаты страховых взносов на ОМС работающего населения и которые должны быть урегулированы законодательством РФ о налогах и сборах. Среди этих вопросов в статье называются следующие: установление обязанности по уплате страховых взносов на ОМС работающего населения; установление размера страхового взноса на ОМС работающего населения; отношения, возникающие в процессе осуществления контроля за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты (перечисления) страховых взносов; отношения, возникающие в процессе осуществления привлечения к ответственности за нарушение порядка уплаты страховых взносов на ОМС работающего населения.

1.1. Начиная с 1 января 2017 г. вопросы о страховых взносах в Российской Федерации урегулированы НК РФ, в который внесены соответствующие изменения Федеральным законом от 3 июля 2016 г. N 243-ФЗ "О внесении изменений в части первую и вторую Налогового кодекса Российской Федерации в связи с передачей налоговым органам полномочий по администрированию страховых взносов на обязательное пенсионное, социальное и медицинское страхование". В частности, раздел I части первой НК РФ дополнен главой 2.1 "Страховые взносы в Российской Федерации", часть вторая НК РФ дополнена разделом XI "Страховые взносы в Российской Федерации". С 1 января 2017 г. утратил силу Федеральный закон от 24 июля 2009 г. N 212-ФЗ "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования", который ранее действовал в этой сфере общественных отношений. Названный Федеральный закон был признан утратившим силу Федеральным законом от 3 июля 2016 г. N 250-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных законодательных актов (положений законодательных актов) Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона "О внесении изменений в части первую и вторую Налогового кодекса Российской Федерации в связи с передачей налоговым органам полномочий по администрированию страховых взносов на обязательное пенсионное, социальное и медицинское страхование". Положения главы 34 НК РФ в основном совпадают с положениями ранее действовавшего Федерального закона от 24 июля 2009 г. N 212-ФЗ, в то же время глава 34 содержит определенные особенности по сравнению с названным Федеральным законом, которые требуют внимательного отношения в процессе применения их на практике.

1.2. Напомним, что основные принципы осуществления ОМС предусмотрены ст. 4 комментируемого Закона (см. [комментарий к ст. 4](#Par458)). Одним из них является **принцип об обязательности уплаты страхователями страховых взносов на ОМС в размерах, установленных федеральными законами**. НК РФ предусмотрено, что в Российской Федерации данным Кодексом устанавливаются и отменяются страховые взносы, которые являются федеральными и обязательными к уплате на всей территории РФ (ст. 18.1). Кроме того, НК РФ определены общие условия установления страховых взносов. В частности, ст. 18.2 НК РФ предусмотрено, что при установлении страховых взносов определяются плательщики и следующие элементы обложения: объект обложения страховыми взносами; база для исчисления страховых взносов; расчетный период; тариф страховых взносов; порядок исчисления страховых взносов; порядок и сроки уплаты страховых взносов. При этом объект обложения страховыми взносами и база для исчисления страховых взносов могут определяться применительно к отдельным категориям плательщиков страховых взносов.

1.3. **Плательщики всех страховых взносов**, в том числе на ОМС, и названные выше элементы обложения страховыми взносами определены главой 34 раздела XI части второй НК РФ. Статьей 419 НК РФ предусматривается, что плательщиками страховых взносов признаются лица, являющиеся страхователями в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования. В соответствии со ст. 11 комментируемого Закона **страхователями для работающих граждан** являются: 1) лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам (организации; индивидуальные предприниматели; физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями); 2) индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты, арбитражные управляющие.

НК РФ также делит плательщиков страховых взносов на две группы: 1) плательщики, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам, и 2) плательщики, не производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам (ст. 419).

Перечень плательщиков, которые не производят выплаты и иные вознаграждения физическим лицам, не является исчерпывающим. Статья 11 комментируемого Закона также содержит перечень плательщиков, которые не производят выплаты и иные вознаграждения физическим лицам, и этот перечень также не является исчерпывающим. В частности, в п. 2 ч. 1 ст. 11 комментируемого Закона называются следующие плательщики, не производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам:

- индивидуальные предприниматели;

- адвокаты;

- медиаторы;

- нотариусы, занимающиеся частной практикой;

- арбитражные управляющие;

- оценщики;

- патентные поверенные;

- физические лица, применяющие специальный налоговый режим "налог на профессиональный доход";

- иные лица, занимающиеся в установленном законодательством Российской Федерации порядке частной практикой.

Приведенная правовая норма действует в редакции Федерального закона от 6 февраля 2019 г. N 6-ФЗ "О внесении изменений в Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

1.4. **Объект обложения страховыми взносами** на все виды обязательного социального страхования, в том числе и на ОМС, установлен ст. 420 НК РФ. Для плательщиков, которые осуществляют выплаты и иные вознаграждения физическим лицам, объектом обложения страховыми взносами являются эти **выплаты и иные вознаграждения, осуществляемые в рамках трудовых отношений и по гражданско-правовым договорам**, предметом которых являются выполнение работ, оказание услуг, по договорам авторского заказа в пользу авторов произведений, по договорам об отчуждении исключительного права на произведения науки, литературы, искусства, издательским лицензионным договорам, лицензионным договорам о предоставлении права использования произведения науки, литературы, искусства, в том числе вознаграждения, начисляемые организациями по управлению правами на коллективной основе в пользу авторов произведений по договорам, заключенным с пользователями.

Следует отметить, что **не признаются объектом обложения страховыми взносами** выплаты и иные вознаграждения в рамках гражданско-правовых договоров, предметом которых является переход права собственности или иных вещных прав на имущество (имущественные права), и договоров, связанных с передачей в пользование имущества (имущественных прав), за исключением договоров авторского заказа, договоров об отчуждении исключительного права на произведения науки, литературы, искусства, издательских лицензионных договоров, лицензионных договоров о предоставлении права использования произведения науки, литературы, искусства (п. 4 ст. 420 НК РФ). Перечень сумм, не подлежащих обложению страховыми взносами, приведен в ст. 422 НК РФ.

Объектом обложения страховыми взносами для плательщиков, которые не производят выплаты и иные вознаграждения физическим лицам, признается **минимальный размер оплаты труда**, установленный на начало соответствующего расчетного периода. Эти плательщики выплачивают страховые взносы в фиксированном размере, определяемом по установленному НК РФ правилу (ч. 2 п. 1 ст. 430). **Размер страховых взносов** для этой категории плательщиков определяется как произведение минимального размера оплаты труда, установленного федеральным законом на начало календарного года, за который уплачиваются страховые взносы, увеличенного в 12 раз, и тарифа страховых взносов на ОМС.

На практике, конечно, могут возникать спорные вопросы об отнесении тех или иных выплат к объекту обложения страховыми взносами, и судебная система Российской Федерации успешно разрешает эти споры.

В частности, Конституционным Судом РФ было разъяснено, что действующее правовое регулирование предполагает отнесение вознаграждения, производимого членам совета директоров и ревизионной комиссии общества в связи с выполнением возложенных на них обязанностей по управлению и контролю за деятельностью общества, к объекту обложения страховыми взносами независимо от того, содержится ли условие о выплате данного вознаграждения в договоре, заключаемом между членом соответствующего органа и обществом, и позволяет считать такие выплаты осуществляемыми в рамках гражданско-правовых договоров, поскольку в противном случае правовой режим обложения страховыми взносами для одной и той же выплаты будет ставиться в зависимость от формального, не связанного с ее правовой природой, критерия (наличие или отсутствие условия о ней в договоре), что приводило бы к нарушению конституционного принципа равенства. Именно такой подход в данном конкретном случае обеспечивает действие механизма, гарантирующего реализацию гражданами права на социальное обеспечение, в том числе медицинскую помощь, и направлен на обеспечение нормального функционирования финансовой системы обязательного социального страхования <91>.

--------------------------------

<91> См.: Определение Конституционного Суда РФ от 6 июня 2016 г. N 1170-О "Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы Акционерного общества "Авиационные редуктора и трансмиссии Пермские моторы" на нарушения конституционных прав и свобод частью 1 статьи 7 Федерального закона "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования".

Следует обратить внимание, что в соответствии с разъяснениями, содержащимися в письме ФНС России от 6 сентября 2017 г. N БС-4-11/17685@, обложение страховыми взносами **вознаграждений членам совета директоров - иностранным гражданам** осуществляется постольку, поскольку указанные лица относятся к субъектам, подлежащим ОМС в соответствии со ст. 10 комментируемого Закона. В частности, 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, а также иностранных граждан, осуществляющих в Российской Федерации трудовую деятельность в соответствии со ст. 13.5 Федерального закона от 25 июля 2002 г. N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации");

- лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с ФЗ "О беженцах" (подробнее см. [комментарий к ст. 10](#Par907)).

Иностранные граждане, временно пребывающие в РФ, не подлежат ОМС в Российской Федерации и имеют право на бесплатное получение медицинской помощи в рамках добровольного медицинского страхования. Таким образом, выплаты, производимые в отношении иностранных граждан, временно пребывающих в Российской Федерации, обложению страховыми взносами не подлежат.

1.5. Главой 34 НК РФ предусмотрен порядок определения **базы для начисления страховых взносов**. В соответствии со ст. 421 НК РФ база для начисления страховых взносов определяется по истечении каждого календарного месяца как сумма выплат и иных вознаграждений, начисленных отдельно в отношении каждого физического лица с начала расчетного периода нарастающим итогом, за исключением необлагаемых сумм. При этом Правительство РФ ежегодно устанавливает предельную величину базы отдельно для исчисления страховых взносов на обязательное пенсионное страхование и отдельно для исчисления страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством. Для исчисления страховых взносов на ОМС предельная величина базы не устанавливается.

1.6. **Расчетным периодом** для уплаты страховых взносов является календарный год. **Отчетными периодами** признаются первый квартал, полугодие, девять месяцев календарного года (ст. 423 НК РФ).

1.7. **Тариф страхового взноса**, по общему правилу, представляет собой величину страхового взноса на единицу измерения базы для исчисления страховых взносов, если иное не предусмотрено главой 34 НК РФ. Тарифам страховых взносов посвящены ст. ст. 425 - 430 НК РФ. В них предусмотрены общие тарифы страховых взносов, пониженные тарифы страховых взносов, а также дополнительные тарифы страховых взносов для отдельных категорий плательщиков. На ОМС установлен тариф страхового взноса в размере **5,1%** (ст. 425 НК РФ). В отдельных случаях предусматриваются пониженные или дополнительные тарифы страховых взносов (см. ст. ст. 427, 428 НК РФ).

1.8. **Порядок исчисления и уплаты страховых взносов** плательщиками, производящими выплаты и иные вознаграждения физическим лицам, и плательщиками, не производящими выплат и иных вознаграждений физическим лицам, предусмотрен соответственно ст. 431 и 432 НК РФ.

Первая категория плательщиков производит исчисление и уплату страховых взносов в течение расчетного периода по итогам каждого календарного месяца, исходя из базы для исчисления страховых взносов с начала расчетного периода до окончания соответствующего календарного месяца и тарифов страховых взносов за вычетом сумм страховых взносов, исчисленных с начала расчетного периода по предшествующий календарный месяц включительно. Сумма страховых взносов исчисляется в рублях и копейках. Исчисленная за месяц сумма страховых взносов подлежит уплате в бюджет не позднее 15-го числа следующего календарного месяца (п. 3 ст. 431 НК РФ).

Вторая категория плательщиков исчисление суммы страховых взносов, подлежащих уплате за расчетный период, производит самостоятельно в соответствии со ст. 430 НК РФ. Суммы страховых взносов исчисляются плательщиками отдельно в отношении страховых взносов на обязательное пенсионное страхование и страховых взносов на ОМС. Суммы страховых взносов за расчетный период уплачиваются плательщиками не позднее 31 декабря текущего календарного года. Страховые взносы, исчисленные с суммы дохода плательщика, превышающей 300 000 рублей за расчетный период, уплачиваются плательщиком не позднее 1 апреля года, следующего за истекшим расчетным периодом.

С начала 2017 года уплата осуществляется уже не в адрес государственных внебюджетных фондов, а в адрес налоговых органов, являющихся администраторами страховых взносов.

2. В ч. 2 комментируемой статьи предусматривается **обязанность налоговых органов представлять сведения об уплате страховых взносов на ОМС работающего населения в ТФОМС** в порядке, установленном соглашением об информационном обмене, утверждаемым федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю и надзору в области налогов и сборов, и ФФОМС. Поскольку с 1 января 2017 г. функции по администрированию страховых взносов на обязательное пенсионное, медицинское и социальное страхование переданы налоговым органам, соглашение об информационном обмене должно быть утверждено, как это устанавливается в рассматриваемой статье, ФНС России и ФФОМС. В настоящее время такое соглашение не утверждено (также см. [комментарий к ст. 49](#Par4159)).

Статья 23. Размер страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения

Комментарий к статье 23

1. Комментируемая статья посвящена вопросу о **размере страхового взноса на ОМС неработающего населения**. Частью 1 рассматриваемой статьи устанавливается, что размер и порядок расчета тарифа страхового взноса на ОМС неработающего населения устанавливаются **федеральным законом**. В развитие указанной нормы принят ФЗ "О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения".

1.1. Статьей 1 названного Федерального закона установлен тариф страхового взноса на ОМС неработающего населения в размере **18 864,6 рубля**.

Порядок расчета тарифа страхового взноса на ОМС неработающего населения в субъекте РФ установлен ст. 2 ФЗ "О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения". Тариф страхового взноса на ОМС неработающего населения в субъекте РФ рассчитывается как произведение размера тарифа (18 864,6 рубля), коэффициента дифференциации и коэффициента удорожания стоимости медицинских услуг.

Указанные коэффициенты определяются согласно приложению к названному Федеральному закону и ежегодно устанавливаются федеральным законом о бюджете ФФОМС на очередной финансовый год и плановый период.

Значение коэффициента дифференциации для субъекта РФ, а также коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг определяются по формулам, предусмотренным в приложении к ФЗ "О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения". При этом рассчитанный по изложенной выше формуле тариф страхового взноса на ОМС неработающего населения в субъекте РФ округляется до первого знака после запятой в соответствии с действующим порядком округления.

В соответствии с ФЗ "О бюджете федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов" **коэффициенты дифференциации** для расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов установлены в приложении N 7 к названному Закону. Значение этих коэффициентов варьируется от 1,0000 (Чукотский автономный округ) до 0,3333 (Республика Адыгея (Адыгея), Республика Ингушетия, Краснодарский край и др.).

**Коэффициент удорожания** стоимости медицинских услуг для расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения на 2020 г. установлен в размере, равном 1,153, на 2021 год - 1,199, на 2022 год - 1,247.

1.2. ФЗ "О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения" предусматривает, что тариф страхового взноса на ОМС неработающего населения учитывает финансовое обеспечение медицинской помощи, виды и условия оказания которой установлены **базовой программой ОМС**.

Базовой программе ОМС посвящена ст. 35 комментируемого Закона. Указанной статьей устанавливается, что базовая программа ОМС 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 ОМС в Российской Федерации за счет средств ОМС, а также критерии доступности и качества медицинской помощи (см. [комментарий к ст. 35](#Par2694)). Базовая программа ОМС является составной частью программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой Правительством РФ. В настоящее время исполняется Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 г. и на плановый период 2021 и 2022 гг., утв. Постановлением Правительства РФ от 7 декабря 2019 г. N 1610.

2. Частью 2 комментируемой статьи предусмотрено правило **определения годового объема бюджетных ассигнований на ОМС неработающего населения в бюджетах субъектах РФ**. Годовой объем бюджетных ассигнований, предусмотренных бюджетом субъекта РФ на обязательное медицинское страхование неработающего населения, не может быть меньше произведения численности неработающих застрахованных лиц в субъекте РФ на 1 января года, предшествующего очередному, и тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения, установленного федеральным законом.

Размер и порядок расчета тарифа страхового взноса на ОМС неработающего населения установлены ФЗ "О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения", который принят в соответствии с требованиями комментируемой статьи. **Размер тарифа** страхового взноса на ОМС неработающего населения установлен в размере 18 864,6 рубля. Субъекты РФ обязаны рассчитать тариф страхового взноса на ОМС неработающего населения в соответствии с порядком, который предусмотрен ст. 2 указанного Федерального закона. Тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения в субъекте РФ рассчитывается как произведение тарифа (18 864,6 рубля), **коэффициента дифференциации** и **коэффициента удорожания** стоимости медицинских услуг. Повторимся, что указанные коэффициенты определяются согласно приложению к названному Закону и ежегодно устанавливаются федеральным законом о бюджете ФФОМС на очередной финансовый год и плановый период.

3. В ч. 3 комментируемой статьи предусматривается, что годовой объем бюджетных ассигнований на ОМС неработающего населения утверждается законом о бюджете субъекта РФ **в отношении застрахованных лиц, указанных в** **п. 5 ст. 10** **комментируемого Закона**. В п. 5 ст. 10 перечислены категории граждан, относящиеся к неработающему населению, а именно:

а) дети со дня рождения до достижения ими возраста 18 лет;

б) неработающие пенсионеры независимо от основания назначения пенсии;

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

г) безработные граждане, зарегистрированные в соответствии с 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 граждане, за исключением военнослужащих и приравненных к ним в организации оказания медицинской помощи лиц (см. [п. 4.3 комментария к ст. 10](#Par988)).

Статья 24. Период, порядок и сроки уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения

Комментарий к статье 24

1. Комментируемая статья посвящена **процедурным вопросам уплаты страховых взносов на ОМС неработающего населения** и устанавливает период, порядок и сроки уплаты страховых взносов на эти цели.

**Расчетным периодом** по страховым взносам на ОМС неработающего населения признается календарный год. Комментируемая норма в этой части полностью согласуется с предписаниями ст. 423 НК РФ, которой устанавливается расчетный период и отчетный период по уплате страховых взносов. Исходя из смысла комментируемой нормы и ст. 423 НК РФ, под **расчетным периодом** следует понимать определенный период времени, по окончании которого определяется, исчисляется сумма начисленных и уплаченных страховых взносов на ОМС неработающего населения.

2. В ч. 2, 3, 4 содержится правило о расчетном периоде на **случаи**, если:

1) страхователь был наделен полномочиями после начала календарного года;

2) у страхователя были прекращены полномочия до конца календарного года;

3) у страхователя, наделенного полномочиями после начала календарного года, прекращены полномочия до конца этого календарного года.

В **первом случае**, то есть при наделении страхователя полномочиями после начала календарного года, первым расчетным периодом для такого страхователя является период со дня наделения его полномочиями до дня окончания данного календарного года. Соответственно, расчет страховых взносов за первый отчетный период производится со дня наделения полномочиями, то есть со дня вступления в силу правового акта о наделении страхователя соответствующими полномочиями. Расчет производится по дням, при этом первая оплата страховых взносов осуществляется в общеустановленные сроки по итогам истекшего месяца.

Во **втором случае**, то есть при прекращении полномочий у страхователя до конца календарного года, последним расчетным периодом для него является период со дня начала этого календарного года до дня прекращения полномочий.

В **третьем случае**, то есть при наделении страхователя полномочиями после начала календарного года и прекращении полномочий до конца этого календарного года, расчетным периодом для него является период со дня наделения его полномочиями до дня прекращения полномочий.

3. В статье предусматривается правило о **порядке перечисления страхователями страховых взносов** (ч. 5). В частности, устанавливается, что в течение расчетного периода уплата страховых взносов на ОМС неработающего населения осуществляется страхователями путем перечисления суммы ежемесячного обязательного платежа в бюджет ФФОМС. Таким образом, страхователь обязан перечислять в бюджет ФФОМС страховые взносы **ежемесячно**.

4. Законодатель в рассматриваемой статье установил четкий **срок уплаты** страховых платежей на ОМС (ч. 6). Ежемесячный обязательный платеж подлежит уплате в срок **не позднее 28-го числа** текущего календарного месяца. Таким образом, страхователь имеет право уплатить ежемесячный обязательный платеж раньше указанного срока, но обязан внести его не позднее 28-го числа текущего календарного месяца.

Следует обратить внимание, что указанная дата была установлена Федеральным законом от 28 декабря 2016 г. N 473-ФЗ "О внесении изменений в статьи 24 и 27 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и статью 2 Федерального закона "О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения".

Подробное руководство по исполнению данного требования комментируемого Закона содержится в письме ФФОМС от 22 февраля 2017 г. N 560/21-1/901 "О финансировании страховых медицинских организаций". В частности, в письме указывается, что в соответствии с новой редакцией ст. 24 комментируемого Закона ежемесячный обязательный платеж страховых взносов на ОМС неработающего населения уполномоченного органа исполнительной власти субъекта РФ в бюджет ФФОМС подлежит уплате в срок не позднее 28-го числа текущего календарного месяца. В случае неуплаты или неполной уплаты страховых взносов на ОМС неработающего населения в установленный срок производится взыскание недоимки по страховым взносам на ОМС неработающего населения, начисленных пеней и штрафов. Таким образом, принятые изменения лишь определяют срок, с наступлением которого производится взыскание недоимки по страховым взносам на ОМС неработающего населения, начисленных пеней и штрафов. Действующее законодательство не ограничивает право уполномоченного органа исполнительной власти субъекта РФ уплачивать вышеназванные страховые взносы в начале текущего календарного месяца.

Следует иметь в виду, что законодатель сделал следующую оговорку относительно изложенного выше правила - если указанный срок уплаты ежемесячного обязательного платежа приходится на день, признаваемый в соответствии с законодательством РФ выходным и (или) нерабочим праздничным днем, днем окончания срока уплаты ежемесячного обязательного платежа считается следующий за ним рабочий день. Такой подход соответствует общим правилам исчисления срока, которые установлены действующим гражданским и налоговым законодательством.

Вопрос о выходных и нерабочих праздничных днях урегулирован ТК РФ. Так, в соответствии со ст. 111 общим **выходным днем** является воскресенье. Второй выходной день при пятидневной рабочей неделе устанавливается коллективным договором или правилами внутреннего трудового распорядка. Оба выходных дня предоставляются, как правило, подряд. Статьей 112 ТК РФ установлены **нерабочие дни**. Нерабочими праздничными днями в Российской Федерации являются: 1, 2, 3, 4, 5, 6 и 8 января - Новогодние каникулы; 7 января - Рождество Христово; 23 февраля - День защитника Отечества; 8 марта - Международный женский день; 1 мая - Праздник Весны и Труда; 9 мая - День Победы; 12 июня - День России; 4 ноября - День народного единства.

5. Поскольку страхователи уплачивают страховые взносы ежемесячно, то законодатель в ч. 7 настоящей статьи совершенно обоснованно определил, что **сумма ежемесячного страхового взноса** на ОМС неработающего населения, уплачиваемая страхователями, **должна составлять 1/12 годового объема бюджетных ассигнований**, предусмотренного на указанные цели законом о бюджете субъекта РФ. При этом объем страховых взносов на ОМС неработающего населения, уплаченных за год, не может быть меньше годового объема бюджетных ассигнований, предусмотренного законом о бюджете субъекта РФ. Таким образом, соблюдается принцип равенства объема страховых взносов, уплаченных на неработающее население на ОМС за год, и годового объема бюджетных ассигнований, предусмотренного законом о бюджете субъекта РФ. При этом объем страховых взносов, уплаченных на неработающее население, может быть больше запланированного годового объема бюджетных ассигнований (см. также [п. 2 комментария к ст. 23](#Par1976)).

6. В комментируемой статье предусмотрено правило об **округлении страхователями суммы** при перечислении страховых взносов на ОМС неработающего населения (ч. 8). Так, предписывается, что сумма страховых взносов на ОМС неработающего населения, подлежащая перечислению, определяется **в полных рублях**. Сумма страховых взносов на ОМС неработающего населения менее 50 копеек отбрасывается, а сумма 50 копеек и более округляется до полного рубля.

**Например,** если при исчислении суммы ежемесячного страхового платежа получается сумма в размере 23 560 рублей 40 копеек, то перечисляется сумма в полных рублях - 23 560 рублей. Если же получается сумма в размере 33 725 рублей 55 копеек, то перечисляется сумма 33 726 рублей.

7. Законодатель в ч. 9 рассматриваемой статьи четко определил момент, с которого обязанность страхователей по уплате страховых взносов на ОМС неработающего населения будет считаться исполненной, - это **момент списания суммы платежа** со счетов бюджетов субъектов РФ или со счетов по учету средств федерального бюджета.

8. Частями 10, 11 комментируемой статьи предусмотрена **обязанность страхователей вести учет средств, перечисляемых на ОМС неработающего населения** в ФФОМС. На основании данного учета страхователи предоставляют в ТФОМС **расчет по начисленным и уплаченным страховым взносам**.

Так, страхователи обязаны ежеквартально в срок не позднее 20-го числа месяца, следующего за отчетным периодом, представлять в ТФОМС по месту своей регистрации расчет по начисленным и уплаченным страховым взносам на ОМС неработающего населения по форме, утверждаемой уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Такая форма утверждена Приказом Минздрава России от 2 апреля 2013 г. N 182н "Об утверждении формы расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения".

Согласно утвержденной форме страхователи обязаны представлять соответствующую информацию о себе, расчет по начисленным и уплаченным страховым взносам на ОМС неработающего населения, а также сведения о сумме задолженности (переплаты) по страховым взносам на ОМС неработающего населения, пеням и штрафам, образовавшейся по состоянию на 1 января 2012 г. до вступления в силу отдельных положений комментируемого Закона.

Обозначение указанной даты (1 января 2012 г.) в утвержденной форме представления в ТФОМС расчетов по начисленным и уплаченным страховым взносам на ОМС неработающего населения связано с особенностями вступления в силу комментируемого Закона. Правовая норма об уплате ежемесячного платежа страхового взноса на ОМС неработающего населения в сумме 1/12 годового объема бюджетных ассигнований (ч. 7 комментируемой статьи) вступила в силу с 1 января 2012 г. (ч. 2 ст. 53 комментируемого Закона), в то время как в целом настоящий Федеральный закон вступил в силу с 1 января 2011 г. Действовавший до принятия и вступления в силу комментируемого Закона Закон об ОМС 1991 г. не содержал аналогичной нормы.

Статья 17 названного Закона об ОМС 1991 г. определяла, что страховые взносы устанавливаются как ставки платежей по ОМС в размерах, обеспечивающих выполнение программ медицинского страхования и деятельность страховой медицинской организации. Названной статьей устанавливалось также, что платежи на ОМС неработающего населения осуществляют Советы Министров республик в составе Российской Федерации, органы государственного управления автономной области и автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, местная администрация за счет средств, предусматриваемых в соответствующих бюджетах при их формировании на соответствующие годы с учетом индексации цен.

9. Частью 12 комментируемой статьи установлено, что **отчетными периодами** признаются первый квартал, полугодие, девять месяцев календарного года, календарный год. Таким образом, расчетный период состоит из четырех отчетных периодов.

Статья 25. Ответственность за нарушения в части уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения

Комментарий к статье 25

1. Комментируемая статья регулирует вопросы **ответственности за нарушения в части уплаты страховых взносов на ОМС неработающего населения**.

Частью 1 рассматриваемой статьи устанавливается, что в случае неуплаты или неполной уплаты страховых взносов на ОМС неработающего населения в установленный срок производится взыскание недоимки по страховым взносам на ОМС неработающего населения, начисленных пеней и штрафов. Таким образом, ответственность наступает в двух случаях: 1) в случае неуплаты страховых взносов в установленный срок и 2) в случае неполной уплаты страховых взносов на ОМС в установленный законом срок. Предельный срок уплаты страховых взносов определен ч. 6 ст. 24 комментируемого Закона - это 28-е число текущего календарного месяца. При этом страхователь может уплатить страховые взносы ранее установленного срока (см. [п. 4 комментария к ст. 24](#Par2001)). В качестве санкций, применяемых к страхователям, которые не уплатили страховые взносы в срок или уплатили не полностью, законодатель устанавливает пени и штрафы.

2. Частью 2 настоящей статьи определяется понятие пени применительно к рассматриваемым положениям. **Пенями** признается установленная комментируемой статьей денежная сумма, которую страхователь должен выплатить в случае уплаты причитающихся сумм страховых взносов на ОМС неработающего населения в более поздние сроки по сравнению с установленными комментируемым Законом.

Аналогичное понятие пени содержится в НК РФ: **пеней** признается установленная ст. 75 НК РФ денежная сумма, которую налогоплательщик должен выплатить в случае уплаты причитающихся сумм налогов, в том числе налогов, уплачиваемых в связи с перемещением товаров через таможенную границу Таможенного союза, в более поздние по сравнению с установленными законодательством о налогах и сборах сроки. Пунктом 7 упомянутой статьи НК РФ предусмотрено, что правила, предусмотренные этой статьей, применяются также в отношении сборов, страховых взносов и распространяются на плательщиков сборов, плательщиков страховых взносов, налоговых агентов и консолидированную группу налогоплательщиков.

Как предусмотрено ч. 3 комментируемой статьи, сумма соответствующих пеней уплачивается **помимо** причитающихся к уплате сумм страховых взносов на ОМС неработающего населения и **независимо от применения мер ответственности за нарушение законодательства РФ**.

Частью 4 рассматриваемой статьи установлено **правило по начислению пени**: пени начисляются за каждый календарный день просрочки исполнения обязанности по уплате страховых взносов на ОМС неработающего населения начиная со дня, следующего за установленным сроком уплаты сумм страховых взносов на ОМС неработающего населения. На страхователя возложена обязанность **самостоятельно начислять пени на всю сумму недоимки за период просрочки** и отражать ее в форме расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на ОМС неработающего населения, утверждаемой уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (ч. 5 комментируемой статьи). Форма расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения утверждена Приказом Минздрава России от 2 апреля 2013 г. N 182н "Об утверждении формы расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения".

В соответствии с ч. 6 рассматриваемой статьи **пени не начисляются** 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.

3. Комментируемая статья содержит правило о **порядке определения (расчета) размера пеней**. Так, ч. 7 предусматривается, что пени за каждый день просрочки определяются в процентах от неуплаченной суммы страховых взносов на ОМС неработающего населения. Процентная ставка пеней принимается равной 1/300 действующей на день начисления пеней ставки рефинансирования Центрального банка РФ.

Банк России в соответствии с Федеральным законом от 10 июля 2002 г. N 86-ФЗ "О Центральном банке Российской Федерации (Банке России)", в том числе во взаимодействии с Правительством РФ, разрабатывает и проводит единую государственную денежно-кредитную политику, устанавливает правила осуществления расчетов в Российской Федерации и выполняет иные функции, установленные вышеназванным Федеральным законом. **Процентная ставка рефинансирования (учетная ставка)** - это ставка процента при предоставлении Центральным банком РФ кредитов коммерческим банкам. Этот показатель используется и в целях налогообложения и расчета пеней и штрафов. **С 1 января 2016 г. Банком России не устанавливается самостоятельное значение ставки рефинансирования Банка России**. Это изменение планировалось еще Основными направлениями единой государственной денежно-кредитной политики на 2014 год и период 2015 и 2016 годов (одобрено Советом директоров Банка России 8 ноября 2013 г.). В названном документе предусматривался отказ от использования ставки рефинансирования и переход к ключевой ставке в качестве основного индикатора направленности денежно-кредитной политики. Однако в комментируемый Закон соответствующие изменения до настоящего времени не внесены. В юридической литературе высказывались мнения, что при расчете пеней за просрочку уплаты взносов необходимо по-прежнему руководствоваться показателем ставки рефинансирования, а не ключевой ставкой <92>. Представляется, что с изданием Указания Центрального Банка РФ от 11 декабря 2015 г. N 3894-У "О ставке рефинансирования Банка России и ключевой ставке Банка России" следует применять **ключевую ставку**, поскольку с 1 января 2016 г. значение ставки рефинансирования Банка России приравнивается к значению ключевой ставки Банка России, определенному на соответствующую дату. За несколько последних лет ключевая ставка последовательно снижалась и на 23 октября 2020 г. составляет 4,25% годовых <93>.

--------------------------------

<92> См.: Фимина Н. Орган госвласти субъекта РФ является страхователем неработающего населения в системе ОМС // Казенные учреждения: бухгалтерский учет и налогообложение. 2015. N 7.

<93> URL: http://www.cbr.ru/press/keypr/ (дата обращения: 23 октября 2020 г.).

4. Частью 9 комментируемой статьи устанавливается, что **пени уплачиваются одновременно с уплатой сумм страховых взносов на ОМС неработающего населения или после** уплаты таких сумм в полном объеме.

Нужно отметить правило, которое содержится в ч. 10 рассматриваемой статьи. Так, если последний день срока уплаты страховых взносов на ОМС 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**. Выходные и нерабочие праздничные дни определены ст. ст. 111 и 112 ТК РФ (см. [п. 4 комментария к ст. 24](#Par2005)).

5. Частью 11 комментируемой статьи устанавливается, что к страхователю, нарушающему порядок уплаты страховых взносов на ОМС неработающего населения, применяются следующие **санкции**:

- взыскание штрафа в размере 2% суммы страховых взносов на ОМС неработающего населения, подлежащей уплате или доплате на основе соответствующего расчета, за каждый полный или неполный месяц со дня, установленного для представления этого расчета, но не более 5% указанной суммы и не менее 1 000 рублей в случае, **если страхователь не представил в установленный срок расчет по начисленным и уплаченным страховым взносам ОМС** неработающего населения по месту учета в ТФОМС;

- взыскание штрафа в размере 20% неуплаченной суммы страховых взносов **в случае неуплаты или неполной уплаты сумм страховых взносов на ОМС** неработающего населения в результате неправильного исчисления этих страховых взносов. При этом уплата штрафа не освобождает страхователя от выплаты суммы неуплаченных страховых взносов на ОМС.

6. В комментируемой статье содержатся и правила о **процедуре привлечения к ответственности**, установленной ч. 11 (ч. 12 рассматриваемой статьи).

Так, в случае выявления нарушений законодательства об ОМС, указанных в ч. 11, должностные лица ФФОМС или ТФОМС, перечень которых утвержден ФФОМС, составляют **акты о нарушении законодательства об ОМС, рассматривают дела о нарушениях и налагают штрафы** в соответствии с ч. 3 и 4 ст. 18 комментируемого Закона.

Следует сделать оговорку, что ч. 3 и 4 ст. 18 установлены процедурные правила привлечения к ответственности виновных страхователей за нарушение срока подачи заявления о регистрации или о снятии с регистрационного учета в ТФОМС и за отказ в представлении или непредставление в установленный срок для неработающих граждан в ТФОМС документов или копий документов, предусмотренных комментируемым Законом и (или) иными нормативными правовыми актами, принятыми в соответствии с ним. В соответствии с требованиями ч. 3 и 4 ст. 18 акты о нарушении законодательства об ОМС необходимо составлять по форме, утвержденной ФФОМС. Рассмотрение дел о нарушении законодательства об ОМС и наложение штрафов в части регистрации и снятия с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан осуществляются должностными лицами ФФОМС или ТФОМС в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Данный Порядок утвержден Приказом Минздравсоцразвития РФ от 24 декабря 2010 г. N 1174н "Об утверждении порядка рассмотрения дел о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании и наложении штрафов должностными лицами Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования". В ч. 5 ст. 18 комментируемого Закона содержится требование о том, что перечень должностных лиц ФФОМС и ТФОМС, уполномоченных составлять акты о нарушении законодательства об ОМС, рассматривать дела о таких нарушениях и налагать штрафы в соответствии с ч. 3 и 4 ст. 18, утверждается ФФОМС (подробнее см. [п. 3 комментария к ст. 18](#Par1717)).

Норма, установленная ч. 12 комментируемой статьи, содержит отсылку к Перечню, утвержденному Приказом ФФОМС от 1 декабря 2010 г. N 228 "Об утверждении перечня должностных лиц Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, уполномоченных составлять акты о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании, рассматривать дела о таких нарушениях и налагать штрафы". Форма акта о нарушении законодательства об ОМС утверждена Приказом ФФОМС от 1 декабря 2010 г. N 229 "Об утверждении формы акта о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании".

7. Частью 13 рассматриваемой статьи установлено, что **взыскание недоимки, пеней и штрафов со страхователей осуществляется в судебном порядке**.

Следует отметить, что легальное понятие недоимки содержится в ст. 11 НК РФ. **Недоимка** - это сумма сбора или сумма страховых взносов, которая не уплачена в установленный законодательством о налогах и сборах срок.

Если страхователь не уплачивает самостоятельно и добровольно недоимки, пени и штрафы, то этот вопрос может быть решен арбитражным судом.

Пример. Определением ВАС РФ от 16 апреля 2010 г. N ВАС-4073/10 было отказано в передаче в Президиум ВАС РФ для пересмотра в порядке надзора дела N А12-13829/2009 Арбитражного суда Волгоградской области о взыскании пени ТФОМС Волгоградской области с администрации Светлоярского муниципального района Волгоградской области за счет казны муниципального образования за несвоевременную уплату страховых взносов на ОМС неработающего населения за период январь - май 2009 года. Судом установлено, что сумма задолженности по пеням, начисленным за несвоевременную уплату страховых взносов на ОМС неработающего населения, подтверждена документально. Принятые по делу решения являются законными и обоснованными (см. решение Арбитражного суда Волгоградской области от 24 августа 2009 г., Постановление Двенадцатого арбитражного апелляционного суда от 26 октября 2009 г. и Постановление ФАС Поволжского округа от 25 января 2010 г. по указанному делу).

Статья 26. Состав бюджета Федерального фонда и бюджетов территориальных фондов

Комментарий к статье 26

1. Комментируемая статья посвящена составу бюджета ФФОМС и бюджетов ТФОМС.

**Бюджет** - это форма образования и расходования денежных средств, предназначенных для финансового обеспечения задач и функций государства и местного самоуправления. **Доходы бюджета** - это поступающие в бюджет денежные средства, за исключением средств, являющихся источниками финансирования дефицита бюджета (ст. 6 БК РФ).

В рассматриваемой статье содержатся нормы о двух видах бюджетов: бюджет ФФОМС и бюджеты ТФОМС. Эти бюджеты отличаются друг от друга своим составом. БК РФ определяет, что бюджеты государственных внебюджетных фондов Российской Федерации (в частности, ФФОМС) предназначены для исполнения расходных обязательств Российской Федерации, а бюджеты территориальных государственных внебюджетных фондов (в частности, ТФОМС) предназначены для исполнения расходных обязательств субъекта РФ (ст. ст. 13 - 14 БК РФ).

2. Часть 1 комментируемой статьи регулирует вопрос о **составе бюджета ФФОМС** и предусматривает, что доходы бюджета ФФОМС формируются в соответствии с законодательством РФ. Это означает, что формирование бюджета ФФОМС регламентируется не только комментируемым Законом, но и БК РФ и НК РФ.

При формировании бюджета ФФОМС, как и при формировании других видов бюджетов, соблюдается **принцип полноты отражения доходов, расходов и источников финансирования дефицитов бюджетов**, который установлен ст. 32 БК РФ. Этот принцип означает, что все доходы, расходы и источники финансирования дефицитов бюджетов в обязательном порядке и в полном объеме отражаются в соответствующих бюджетах. Порядок составления, представления и утверждения бюджетов государственных внебюджетных фондов, в том числе ФФОМС, регламентируется ст. 145 БК РФ. Следует обратить внимание, что бюджеты государственных внебюджетных фондов Российской Федерации по представлению Правительства РФ принимаются в форме федеральных законов не позднее принятия федерального закона о федеральном бюджете на очередной финансовый год и плановый период.

В соответствии со ст. 146 БК РФ **в бюджет ФФОМС зачисляются следующие доходы**:

1) налоговые доходы, предусмотренные п. 12 ст. 241 БК РФ;

2) неналоговые доходы (страховые взносы на ОМС; недоимки, пени и штрафы по взносам в фонды ОМС, если иное не установлено законодательством РФ; доходы от размещения временно свободных средств ФФОМС; штрафы, санкции, суммы, поступающие в результате возмещения ущерба; безвозмездные поступления - межбюджетные трансферты из федерального бюджета, передаваемые ФФОМС; прочие поступления).

Рассматриваемая статья, а также другие статьи комментируемого Закона, например, о средствах ОМС (ст. 21), основываются на нормах бюджетного законодательства и полностью с ними согласуются.

Необходимо обратить внимание, что **источники доходов ФФОМС иные, чем доходы ТФОМС**. Бюджет ФФОМС формируется в основном из страховых взносов на ОМС и средств федерального бюджета, а бюджеты ТФОМС - за счет субвенций и межбюджетных трансфертов из бюджета ФФОМС бюджетам ТФОМС; платежей субъектов РФ на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы ОМС в пределах базовой программы ОМС и на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС; а также межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджета субъекта РФ, в случаях, установленных законами субъекта РФ.

В ч. 1 рассматриваемой статьи перечисляются **доходы ФФОМС**. Среди них называются:

1) страховые взносы на ОМС;

2) недоимки по взносам, налоговым платежам;

3) начисленные пени и штрафы;

4) средства федерального бюджета, передаваемые в бюджет ФФОМС в случаях, установленных федеральными законами;

5) доходы от размещения временно свободных средств;

6) иные источники, предусмотренные законодательством РФ.

2.1. Легальное понятие **страховых взносов на ОМС** содержится в ст. 3 комментируемого Закона - это обязательные платежи, которые уплачиваются страхователями, обладают обезличенным характером и целевым назначением которых является обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения. В соответствии со ст. 11 комментируемого Закона страхователями работающего населения являются работодатели, а страхователями неработающего населения являются органы исполнительной власти субъектов РФ (см. [комментарий к ст. 11](#Par1010)).

2.2. Определение понятия **"недоимка"** содержится в ст. 11 НК РФ - это сумма налога, сумма сбора или сумма страховых взносов, которая не уплачена в установленный законодательством о налогах и сборах срок.

2.3. В соответствии с правилами НК РФ **пеней** признается установленная ст. 75 данного Кодекса денежная сумма, которую налогоплательщик должен выплатить в случае уплаты причитающихся сумм налогов, в том числе налогов, уплачиваемых в связи с перемещением товаров через таможенную границу Таможенного союза, в более поздние по сравнению с установленными законодательством о налогах и сборах сроки. Пунктом 7 упомянутой статьи НК РФ предусмотрено, что правила, предусмотренные этой статьей, применяются также в отношении сборов, страховых взносов и распространяются на плательщиков сборов, плательщиков страховых взносов, налоговых агентов и консолидированную группу налогоплательщиков.

Из ст. 114 НК РФ следует, что **штрафы** - это налоговые санкции, которые устанавливаются и применяются в виде денежных взысканий в размерах, предусмотренных главами 16 и 18 НК РФ. Налоговая санкция является мерой ответственности за совершенное налоговое правонарушение. Сумма штрафа, взыскиваемого с налогоплательщика, плательщика сбора, плательщика страховых взносов или налогового агента за налоговое правонарушение, повлекшее задолженность по налогу (сбору, страховым взносам), подлежит перечислению со счетов соответственно налогоплательщика, плательщика сбора, плательщика страховых взносов или налогового агента только после перечисления в полном объеме этой суммы задолженности и соответствующих пеней в очередности, установленной гражданским законодательством Российской Федерации. Очередность списания денежных средств со счета установлена ст. 855 ГК РФ.

2.4. Следующим видом дохода ФФОМС являются **средства федерального бюджета**, передаваемые в бюджет ФФОМС в случаях, установленных федеральными законами. В соответствии со ст. 129 БК РФ одной из форм межбюджетных трансфертов, передаваемых из федерального бюджета, являются межбюджетные трансферты бюджетам государственных внебюджетных фондов. **Межбюджетными трансфертами** являются средства, предоставляемые одним бюджетом бюджетной системы Российской Федерации другому бюджету бюджетной системы РФ (ст. 6 БК РФ). Межбюджетными трансфертами из федерального бюджета компенсируются выпадающие доходы ФФОМС в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов. Так, ст. 427 НК РФ установлены пониженные тарифы страховых взносов для отдельных категорий плательщиков страховых взносов. В указанной статье содержится подробный перечень категорий плательщиков страховых взносов, к которым применяются пониженные тарифы страховых взносов. Объем компенсации ФФОМС определяется как разница между суммой страховых взносов, которую могли бы уплатить указанные плательщики страховых взносов в соответствии с установленными тарифами, и суммой страховых взносов, подлежащей уплате ими в соответствии с действующим законодательством. Объем компенсации ФФОМС устанавливается федеральным законом о федеральном бюджете на очередной финансовый год и плановый период.

2.5. **Доход от размещения временно свободных средств** также называется в комментируемой статье в качестве источника доходов бюджета ФФОМС. Постановлением Правительства РФ от 31 декабря 2010 г. N 1225 утверждены Правила размещения временно свободных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования. В соответствии с п. 2 указанных Правил размер временно свободных средств ФФОМС определяется на основании данных кассового планирования исполнения бюджета ФФОМС, данных о состоянии счета по учету средств ФФОМС, открытого территориальному органу Федерального казначейства в подразделении Центрального банка РФ (см. [комментарий к ст. 29](#Par2213)).

2.6. **Иные источники, предусмотренные законодательством РФ**, также выступают в качестве источника доходов бюджета ФФОМС. Таким образом, доходами бюджета ФФОМС могут являться любые поступления, которые предусмотрены законодательством РФ. В частности, ст. 46 БК РФ устанавливается, что суммы конфискаций, компенсаций и иные средства, в принудительном порядке изымаемые в доход государственных внебюджетных фондов Российской Федерации, территориальных государственных внебюджетных фондов в соответствии с законодательством РФ и решениями судов, подлежат зачислению в соответствующие бюджеты бюджетной системы РФ по нормативу 100%.

В приложении к Приказу ФФОМС от 28 декабря 2012 г. N 276 "Об осуществлении Федеральным фондом обязательного медицинского страхования бюджетных полномочий главного администратора и администратора доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования" указаны и другие источники, которые не упоминаются в комментируемой статье, а именно:

- доходы от сдачи в аренду имущества, находящегося в оперативном управлении ФФОМС;

- прочие поступления от использования имущества, находящегося в оперативном управлении ФФОМС;

- доходы, поступающие в порядке возмещения расходов, понесенных в связи с эксплуатацией федерального имущества, закрепленного на праве оперативного управления за ФФОМС;

- прочие доходы от компенсации затрат бюджета ФФОМС;

- доходы от реализации имущества, находящегося в оперативном управлении ФФОМС (в части реализации основных средств по указанному имуществу);

- доходы от реализации имущества, находящегося в оперативном управлении ФФОМС (в части реализации материальных запасов по указанному имуществу);

- доходы от продажи нематериальных активов, находящихся в федеральной собственности, закрепленных за ФФОМС, и т.д.

Таким образом, перечень доходов бюджета ФФОМС не является закрытым, в качестве доходов бюджета ФФОМС могут выступать иные источники, которые предусмотрены законодательством Российской Федерации.

3. Часть 2 комментируемой статьи посвящена вопросу о **расходах бюджета ФФОМС**. В соответствии с БК РФ расходы бюджетов государственных внебюджетных фондов, к котором относится и ФФОМС, осуществляются исключительно на цели, определенные законодательством Российской Федерации (ст. 147). Рассматриваемой статьей устанавливается, что расходы бюджета ФФОМС осуществляются в целях финансового обеспечения соответствующих направлений - называются три направления, по которым осуществляются расходы:

- **первое направление** - это предоставление субвенций из бюджета ФФОМС бюджетам ТФОМС для финансового обеспечения расходных обязательств субъектов РФ, возникающих при осуществлении переданных в соответствии с ч. 1 ст. 6 комментируемого Закона полномочий (см. [комментарий к ст. 6](#Par662));

- **второе направление** - это исполнение расходных обязательств Российской Федерации, возникающих в результате принятия федеральных законов и (или) нормативных правовых актов Президента РФ, и (или) нормативных правовых актов Правительства РФ в сфере охраны здоровья граждан;

- **третье направление** - это выполнение функций органа управления ФФОМС.

Доходы и расходы ФФОМС регламентируются федеральным законом, принимаемым на очередной год и плановый период. В настоящее время действует ФЗ "О бюджете федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов".

4. В составе расходов бюджета ФФОМС формируется **нормированный страховой запас** (ч. 3 рассматриваемой статьи). Федеральным законом о бюджете ФФОМС на очередной финансовый год и на плановый период устанавливаются размер нормированного страхового запаса и цели его использования. При этом порядок использования средств нормированного страхового запаса ФФОМС устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Такой Порядок установлен Приказом Минздравсоцразвития РФ от 30 декабря 2010 г. N 1229н "Об утверждении Порядка использования средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования" (в редакции Приказа Министерства здравоохранения от 13 февраля 2020 г. N 84н).

Как устанавливается п. 2 названного Порядка, **нормированный страховой запас ФФОМС формируется в целях** поддержания финансовой устойчивости системы ОМС и стимулирования эффективности реализации территориальных программ ОМС в рамках базовой программы ОМС за счет доходов бюджета ФФОМС.

5. Частью 4 комментируемой статьи устанавливается **перечень доходов бюджетов ТФОМС** и закрепляется положение о том, что доходы бюджетов ТФОМС формируются в соответствии с бюджетным законодательством. Перечень доходов не является закрытым. Среди доходов территориальных фондов названы следующие:

1) **субвенции из бюджета ФФОМС бюджетам ТФОМС**, под которыми понимаются межбюджетные трансферты, предоставляемые бюджетам ТФОМС в целях финансового обеспечения расходных обязательств субъектов РФ, возникающих при выполнении полномочий Российской Федерации в сфере ОМС, переданных для осуществления органам государственной власти субъектов РФ федеральными законами (осуществляются в соответствии со ст. 133.2 БК РФ и ст. 27 комментируемого Закона);

2) **межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета ФФОМС** в соответствии с законодательством РФ (за исключением субвенций, предусмотренных п. 1 ч. 4 комментируемой статьи). Согласно ст. 133.3 БК РФ в случаях и порядке, которые предусмотрены федеральными законами и (или) принятыми в соответствии с ними нормативными правовыми актами Правительства РФ, бюджетам ТФОМС могут быть предоставлены иные межбюджетные трансферты;

3) **платежи субъектов РФ** на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы ОМС в пределах базовой программы ОМС и на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС, в соответствии с комментируемым Законом. В соответствии с ч. 3 и 4 ст. 36 настоящего Федерального закона норматив финансового обеспечения территориальной программы ОМС может превышать установленный базовой программой ОМС норматив финансового обеспечения базовой программы ОМС в случаях: а) установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой ОМС, б) установления перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой ОМС. При этом финансовое обеспечение территориальной программы ОМС в указанных случаях осуществляется за счет платежей субъектов РФ, уплачиваемых в бюджет ТФОМС, в размере разницы между нормативом финансового обеспечения территориальной программы ОМС и нормативом финансового обеспечения базовой программы ОМС с учетом численности застрахованных лиц на территории субъекта РФ (см. [п. 2 комментария к ст. 36](#Par2784));

4) доходы от размещения временно свободных средств;

5) межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта РФ, в случаях, установленных законами субъекта РФ (осуществляются согласно ст. ст. 135, 136 БК РФ);

6) начисленные пени и штрафы, подлежащие зачислению в бюджеты территориальных фондов в соответствии с законодательством РФ;

7) межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта РФ, источником финансового обеспечения которых являются средства федерального бюджета, предоставляемые субъекту РФ на дополнительное финансовое обеспечение медицинских организаций в условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих;

8) иные источники, предусмотренные законодательством РФ.

Подробнее о межбюджетных трансфертах, доходах от размещения временно свободных средств, начисленных пенях и штрафах, а также иных источниках см. [п. 2 комментария к настоящей статье](#Par2056).

6. Часть 5 комментируемой статьи посвящена **расходам бюджетов ТФОМС**. Устанавливается, что расходы бюджетов ТФОМС осуществляются в целях финансового обеспечения соответствующих направлений, а именно:

1) выполнения территориальных программ ОМС;

2) исполнения расходных обязательств субъектов РФ, возникающих при осуществлении органами государственной власти субъектов РФ переданных полномочий Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан (см. [комментарий к ст. 6](#Par659));

3) исполнения расходных обязательств субъектов РФ, возникающих в результате принятия законов и (или) нормативных правовых актов субъектов РФ;

4) ведения дела по ОМС страховыми медицинскими организациями;

5) выполнения функций органа управления ТФОМС.

Необходимо отметить, что цели и задачи, функции и полномочия ТФОМС предусмотрены Типовым положением о ТФОМС, которое утверждено Приказом Минздравсоцразвития РФ от 21 января 2011 г. N 15н.

7. Частями 6 - 6.5 комментируемой статьи предусматривается, что в составе расходов бюджета ТФОМС, как и в составе расходов ФФОМС, формируется **нормированный страховой запас**, включающий средства:

1) для дополнительного финансового обеспечения реализации территориальных программ ОМС - запас формируется за счет доходов бюджета ТФОМС, предусмотренных ч. 4 рассматриваемой статьи;

2) для расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта РФ, в котором выдан полис ОМС - формируется за счет доходов бюджета ТФОМС, предусмотренных ч. 4 рассматриваемой статьи;

3) для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования - формируется за счет средств от применения в соответствии со ст. 41 комментируемого Закона санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (см. [комментарий к ст. 41](#Par3594)). Такие санкции могут применяться как ТФОМС, так и страховыми медицинскими организациями;

4) для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала;

5) для финансового обеспечения мер по компенсации медицинским организациям недополученных доходов в связи с сокращением объемов медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, в условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

Одновременно ч. 6.3 комментируемой статьи предписывает, в каких размерах названные средства поступают в нормированный запас ТФОМС: 50% средств по результатам проведения медико-экономического контроля; 35% сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи; 35% сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы; 25% сумм, поступивших в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Частью 6.5 комментируемой статьи предусмотрено, что ТФОМС ведут **раздельный учет** по направлениям расходования средств нормированного страхового запаса.

**Общий размер средств нормированного страхового запаса** территориального фонда и цели их использования устанавливаются законом о бюджете территориального фонда в соответствии с порядком использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда, установленным ФФОМС.

Размер средств нормированного страхового запаса территориального фонда, указанных в п. 1 ч. 6 комментируемой статьи, не должен превышать среднемесячный размер планируемых поступлений средств территориального фонда на очередной год (ч. 6.4 комментируемой статьи).

Порядок использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда ранее был установлен Приказом ФФОМС от 1 декабря 2010 г. N 227, который в настоящее время признан утратившим силу. Сейчас действует Приказ ФФОМС от 27 марта 2019 г. N 54 "О порядке использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования".

Пунктом 2 Порядка устанавливается, что нормированный страховой запас ТФОМС формируется в составе расходов бюджета ТФОМС для обеспечения финансовой устойчивости ОМС.

Общий размер средств нормированного страхового запаса территориального фонда и цели их использования устанавливаются законом о бюджете территориального фонда в соответствии с названным Порядком. Размер средств нормированного страхового запаса территориального фонда для дополнительного финансового обеспечения реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования не должен превышать среднемесячный размер планируемых поступлений средств территориального фонда на очередной год.

Устанавливается, что **в составе расходов бюджета территориального фонда формируется нормированный страховой запас**, включающий средства:

1) для дополнительного финансового обеспечения реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования;

2) для расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта РФ, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования;

3) для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования (далее - мероприятия);

4) для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала.

Контроль за целевым использованием средств нормированного страхового запаса, направленных страховым медицинским организациям, медицинским организациям, осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8. Частью 6.6 комментируемой статьи предусмотрено, что средства нормированного страхового запаса территориального фонда на цели, указанные в п. 4 ч. 6 комментируемой статьи, предоставляются территориальным фондом медицинским организациям государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь в соответствии с территориальными программами обязательного медицинского страхования.

Указанные средства нормированного страхового запаса предоставляются соответствующим медицинским организациям на основании соглашения, типовая форма и порядок заключения которого утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Порядок формирования средств нормированного страхового запаса, условия их предоставления медицинским организациям и порядок их использования устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Приказом Минздрава России от 22 февраля 2019 г. N 85н утверждены Порядок формирования условий предоставления медицинским организациям, указанным в ч. 6.6 ст. 26 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и Порядок использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала. Типовая форма и Порядок заключения соглашения о предоставлении медицинским организациям, указанным в ч. 6.6 ст. 26 комментируемого Закона, средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала утверждены Приказом Министерства здравоохранения РФ от 22 февраля 2019 г. N 86н.

Следует заметить, что в соответствии с заключительными положениями, предусмотренными ст. 51 комментируемого Закона, ч. 6.6 и п. 4 ч. 6 комментируемой статьи применяются до 1 января 2025 года (подробнее см. [комментарий к ст. 51](#Par4493)).

9. Комментируемая статья была дополнена ч. 6.7 с принятием Федерального закона от 1 апреля 2020 г. N 98-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций".

Частью 6.7 урегулирован **порядок предоставления медицинским организациям средств нормированного страхового запаса ТФОМС на цели, указанные в** **п. 5 ч. 6 комментируемой статьи**. Как было отмечено выше, согласно данной норме в нормированный страховой запас бюджета ТФОМС включаются и средства для финансового обеспечения мер по компенсации медицинским организациям недополученных доходов в связи с сокращением объемов медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, в условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

Частью 6.7 устанавливается, что средства на указанные выше цели предоставляются ТФОМС только медицинским организациям:

1) оказывающим медицинскую помощь в соответствии с территориальными программами обязательного медицинского страхования;

2) включенным в перечень, утверждаемый высшим должностным лицом субъекта РФ (руководителем высшего исполнительного органа государственной власти субъекта РФ).

Указанные средства предоставляются медицинским организациям, отвечающим каждому из обозначенных критериев, на основании соглашения, типовая форма и порядок заключения которого утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

10. В соответствии с ч. 7 комментируемой статьи **размер и порядок уплаты платежей субъекта РФ**, указанных в п. п. 3 и 4 ч. 4 данной статьи, **устанавливаются законом субъекта РФ**. Пунктами 3 и 4 ч. 4 предусмотрены следующие доходы ТФОМС:

- платежи субъектов РФ на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы ОМС в пределах базовой программы ОМС в соответствии с комментируемым Законом;

- платежи субъектов РФ на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС, в соответствии с комментируемым Законом.

В субъектах РФ принимаются соответствующие законы. Так, в Иркутской области принят и действует Закон Иркутской области от 4 июля 2012 г. N 75-ОЗ "О размере и порядке уплаты платежей Иркутской области на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования". Аналогичные законы приняты и в других субъектах РФ <94>.

--------------------------------

<94> См., например: Закон Тульской области от 15 декабря 2011 г. N 1680-ЗТО "О размере и порядке уплаты платежей Тульской области на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования"; Закон Ивановской области от 9 декабря 2013 г. N 99-ОЗ "О размере и порядке уплаты платежей Ивановской области на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальный программы обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования и платежей Ивановской области на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования".

11. Частью 8 комментируемой статьи в соответствии с бюджетным законодательством устанавливается, что **средства бюджета ФФОМС и бюджетов ТФОМС не входят в состав иных бюджетов бюджетной системы Российской Федерации и изъятию не подлежат**. Это правило реализуется на практике при формировании, утверждении и исполнении бюджетов, и суды при рассмотрении дел также указывают на данное обстоятельство.

Пример. Судебная коллегия по административным делам Верховного Суда РФ отклонила кассационную жалобу администрации города Омска, полагавшей, что расходная часть бюджета ТФОМС Омской области на выполнение территориальной программы ОМС в оспариваемой части сформирована без учета подушевых нормативов финансового обеспечения и тем самым неправомерно снижен уровень гарантий прав населения г. Омска на получение медицинской помощи в установленном законодательством объеме.

Среди доводов, обосновывающих решение об отклонении кассационной жалобы, Судебная коллегия обратила внимание на то обстоятельство, что средства бюджетов ТФОМС не входят в состав иных бюджетов бюджетной системы Российской Федерации и изъятию не подлежат (ч. 4, 5, 6, 7, 8 ст. 26 комментируемого Закона).

Фактически заявитель настаивал на увеличении расходов бюджета ТФОМС, полагая их существенно заниженными. Эти доводы суд первой инстанции правильно счел необоснованными, поскольку в основе реализации принципа сбалансированности лежит взаимодействие основных параметров бюджета - доходов и расходов (ст. 33 БК РФ).

Поскольку доказательствами несоответствия объема предусмотренных бюджетом ТФОМС Омской области расходов суммарному объему доходов бюджета и поступлений из источников финансирования его дефицита, уменьшенных на суммы выплат из бюджета, связанных с источниками финансирования дефицита бюджета и изменением остатков на счетах по учету средств бюджета, суд не располагал, то сделал вывод о невозможности вести речь о несбалансированности оспариваемого бюджета.

Финансовое обеспечение деятельности организаций здравоохранения в зависимости от их подведомственности является расходным обязательством Российской Федерации, субъекта РФ или муниципального образования. Таким образом, федеральный законодатель не исключает финансирование оказания медицинской помощи за счет средств бюджета муниципального образования и, следовательно, не лишает администрацию города возможности произвести финансирование из бюджета г. Омска муниципальных учреждений здравоохранения, участвующих в выполнении территориальной программы ОМС (см. Определение Верховного Суда РФ от 19 октября 2011 г. N 50-Г11-12).

Статья 27. Субвенции для финансового обеспечения организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации

Комментарий к статье 27

1. Комментируемая статья регулирует порядок предоставления **субвенций для финансового обеспечения организации ОМС на территориях субъектов РФ**.

Субвенции предоставляются бюджетам ТФОМС из бюджета ФФОМС.

Субвенции предоставляются исключительно **на осуществление переданных** органам государственной власти субъектов РФ в соответствии с ч. 1 ст. 6 комментируемого Закона **полномочий Российской Федерации в сфере ОМС** по организации ОМС на территориях субъектов РФ (см. [комментарий к ст. 6](#Par662)).

Субвенции предоставляются **в объеме, установленном федеральным законом о бюджете ФФОМС** на очередной финансовый год и на плановый период. ФЗ "О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов" предусмотрены субвенции бюджетам ТФОМС на финансовое обеспечение организации ОМС на территориях субъектов РФ (межбюджетные трансферты) в сумме 2 225 429 984,8 тыс. рублей.

2. Частью 1 комментируемой статьи также предусмотрено, что **порядок и условия распределения и предоставления субвенций** из бюджета ФФОМС бюджетам ТФОМС **устанавливаются Правительством РФ**. В исполнение данной компетенции принято Постановление Правительства РФ от 5 мая 2012 г. N 462 "О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования".

Названным Постановлением утверждены:

- Правила распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования;

- Методика распределения субвенций, предоставляемых из бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования.

Перечисление субвенций осуществляется в установленном порядке на счета, открытые территориальным органам Федерального казначейства для учета поступлений и их распределения между бюджетами бюджетной системы Российской Федерации, для последующего перечисления в бюджеты ТФОМС. Порядок перечисления субвенций и других поступлений в бюджетную систему Российской Федерации установлен Приказом Министерства финансов РФ от 18 декабря 2013 г. N 125н "Об утверждении порядка учета Федеральным казначейством поступлений в бюджетную систему Российской Федерации и их распределения между бюджетами бюджетной системы Российской Федерации".

ТФОМС обязан представлять ежемесячно, до 10-го числа, в ФФОМС **отчет об использовании субвенций** в порядке и по форме, которые устанавливаются ФФОМС. Порядок и форма отчета утверждены Приказом ФФОМС от 20 ноября 2017 г. N 327 "Об утверждении формы и порядка предоставления отчета об использовании субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального Фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования".

3. Часть 2 комментируемой статьи устанавливает правило об определении **общего объема субвенций, предоставляемых бюджетам ТФОМС**. Общий объем субвенций определяется исходя из численности застрахованных лиц, норматива финансового обеспечения базовой программы ОМС и других показателей, установленных в соответствии с указанным в ч. 1 комментируемой статьи порядком. Как было уже отмечено выше, Постановлением Правительства РФ от 5 мая 2012 г. N 462 утверждены не только Правила распределения, предоставления и расходования субвенций, но и утверждена методика их распределения.

При распределении субвенций бюджетам ТФОМС размер субвенции определяется по установленной данной методикой формуле. При расчете размера субвенций учитываются следующие показатели:

- численность застрахованного по ОМС населения соответствующего субъекта РФ на 1 апреля года, в котором рассчитывается субвенция на очередной финансовый год, по сведениям ФФОМС;

- норматив финансового обеспечения базовой программы ОМС, установленный в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на год, на который рассчитывается субвенция;

- коэффициент дифференциации для соответствующего субъекта РФ, который также рассчитывается по установленной методикой формуле;

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

4. Важно отметить, что субвенции предоставляются **при условии**:

1) соответствия объема бюджетных ассигнований на ОМС неработающего населения, утвержденного законом о бюджете субъекта РФ, размеру страхового взноса на ОМС неработающего населения, рассчитанному в соответствии со ст. 23 комментируемого Закона (см. [комментарий к ст. 23](#Par1965));

2) перечисления в бюджет ФФОМС ежемесячно, не позднее 28-го числа, 1/12 годового объема бюджетных ассигнований на ОМС неработающего населения, утвержденного законом о бюджете субъекта РФ.

Такое условие предусмотрено частью 3 комментируемой статьи и продублировано в упоминаемых выше Правилах.

5. Частью 4 рассматриваемой статьи установлено, что субвенции на осуществление указанных в ч. 1 ст. 6 комментируемого Закона полномочий носят **целевой характер и не могут быть использованы на другие цели**. Одновременно ч. 5 комментируемой статьи содержит правило о возмещении бюджету ФФОМС субвенций, использованных не по целевому назначению. Возмещение субвенций осуществляется в порядке, который устанавливает уполномоченный федеральный орган исполнительной власти. Порядок возмещения в бюджет ФФОМС субвенций, использованных не по целевому назначению, урегулирован Приказом Минздравсоцразвития РФ от 9 сентября 2011 г. N 1032н "Об утверждении порядка возмещения субвенций, предоставленных из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования и использованных не по целевому назначению".

Статья 28. Формирование средств страховой медицинской организации и их расходование

Комментарий к статье 28

1. Комментируемая статья посвящена вопросам формирования средств страховой медицинской организации и их расходования. Часть 1 статьи содержит перечень **источников формирования целевых средств страховой медицинской организации**. Среди этих источников названы:

1) средства, поступившие от ТФОМС на финансовое обеспечение ОМС в соответствии с договором о финансовом обеспечении ОМС (см. [комментарий к ст. 38](#Par2923));

2) средства, поступившие 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 ст. 41 комментируемого Закона (см. [комментарий к ст. 41](#Par3594));

3) средства, поступившие от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, в соответствии со ст. 31 комментируемого Закона, в части сумм, затраченных на оплату медицинской помощи (см. [комментарий к ст. 31](#Par2370)).

Одновременно в ч. 1 содержится детальное перечисление **сумм, составляющих средства, поступившие из медицинских организаций в результате применения к ним санкций** за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (п. 2 ч. 1 рассматриваемой статьи). Итак, названные средства складываются следующим образом: а) 50% средств по результатам проведения медико-экономического контроля; б) 50% сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи; в) 50% сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы; г) 50% сумм, поступивших в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

2. Часть 2 комментируемой статьи содержит правило о **порядке направления медицинской организации целевых средств на оплату медицинской помощи страховой медицинской организацией**. Целевые средства на оплату медицинской помощи направляются в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи (см. [комментарий к ст. 39](#Par3089)) в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой ОМС. Частью 3 рассматриваемой статьи предусматривается, что получение страховой медицинской организацией средств ОМС не влечет за собой перехода этих средств в собственность страховой медицинской организации, за исключением случаев, установленных комментируемым Законом.

3. Вопрос о **собственных средствах страховой медицинской организации** урегулирован ч. 4 комментируемой статьи, в которой перечисляются виды средств, относящиеся к собственным средствам страховой медицинской организации. Итак, собственными средствами страховой медицинской организации в сфере ОМС являются:

1) средства, предназначенные на расходы на ведение дела по ОМС;

2) 15% сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи;

3) 15% сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы;

4) 25% сумм, поступивших в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

5) 10% 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;

6) средства, поступившие от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, в соответствии со ст. 31 настоящего Федерального закона (см. [комментарий к ст. 31](#Par2370)), сверх сумм, затраченных на оплату медицинской помощи.

Формирование собственных средств страховой медицинской организации согласно ч. 5 комментируемой статьи осуществляется в порядке, установленном договором о финансовом обеспечении ОМС. Как установлено ст. 14 комментируемого Закона, договор о финансовом обеспечении ОМС заключается между ТФОМС и страховой медицинской организацией. Требования к договору о финансовом обеспечении ОМС установлены ст. 38 настоящего Федерального закона (см. [комментарий к ст. 38](#Par2923)).

На практике могут возникать спорные ситуации о включении тех или иных средств в состав собственных средств страховой компании.

Пример. ЗАО "Областная медицинская страховая компания" (далее - Общество) обратилось в Арбитражный суд Калининградской области с иском к ТФОМС Калининградской области о взыскании задолженности по договору о финансовом обеспечении ОМС, процентов за пользование чужими денежными средствами и судебных расходов по оплате государственной пошлины.

Решением суда первой инстанции исковые требования были удовлетворены, однако постановлением апелляционного суда решение суда первой инстанции отменено, а в удовлетворении исковых требований отказано. В кассационной жалобе Общество, ссылаясь на неправильное применение судом апелляционной инстанции норм материального права - положений комментируемого Закона и Правил ОМС, а также несоответствие его выводов условиям договора, просило отменить постановление данной судебной инстанции и оставить в силе решение суда первой инстанции.

При рассмотрении дела в кассационной инстанции судом были проанализированы нормы комментируемого Закона и, в частности, рассматриваемой статьи. В силу ч. 6 ст. 14 комментируемого Закона средства, предназначенные для оплаты медицинской помощи и поступающие в страховую медицинскую организацию, являются средствами целевого финансирования. Страховые медицинские организации ведут раздельный учет собственных средств и средств ОМС, предназначенных для оплаты медицинской помощи. Целевые средства не могут перейти в собственность страховой организации (ст. 28 комментируемого Закона), за исключением оговоренных настоящим Федеральным законом случаев. В соответствии с ч. 4 ст. 28 комментируемого Закона собственными средствами страховой медицинской организации в сфере ОМС являются, в частности, 10% 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.

Как правильно указал апелляционный суд, из приведенных норм действующего законодательства следует, что при расчете экономии учитываются все целевые средства, фактически направленные Обществу и поступившие в 2012 году, в том числе с учетом средств, полученных по базовой программе ОМС, сверх базовой программы, а также из нормированного страхового запаса ТФОМС. Апелляционный суд пришел к правильному выводу о недоказанности истцом наличия спорной экономии по итогам 2012 года.

На основании изложенного кассационный суд не усмотрел оснований для отмены или изменения обжалуемого судебного акта, поэтому кассационная жалоба не была удовлетворена (см. Постановление ФАС Северо-Западного округа от 5 декабря 2013 г. по делу N А21-1335/2013).

4. Часть 6 комментируемой статьи содержит предписание о **порядке отражения в отчете об исполнении бюджета ТФОМС операций страховой медицинской организации со средствами ОМС**. Операции со средствами ОМС в страховой медицинской организации подлежат отражению в отчете об исполнении бюджета ТФОМС 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

Комментарий к статье 29

1. Комментируемая статья содержит правило о **размещении временно свободных средств ФФОМС и ТФОМС**. Предписывается, что порядок и условия размещения временно свободных средств ФФОМС и ТФОМС устанавливаются Правительством РФ. На основании рассматриваемой статьи принято Постановление Правительства РФ от 31 декабря 2010 г. N 1225 "О размещении временно свободных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования". Постановлением утверждены Правила размещения временно свободных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования" (далее по тексту комментария к настоящей статье - Правила). Кроме того, ФФОМС предписывается утвердить **форму заявки кредитных организаций на заключение договоров банковского депозита**. Форма заявки утверждена Приказом ФФОМС от 11 января 2011 г. N 2 "Об утверждении формы заявки кредитной организации на заключение договора банковского депозита".

2. В соответствии с п. 2 Правил размер временно свободных средств ФФОМС **определяется на основании** данных кассового планирования исполнения бюджета ФФОМС, данных о состоянии счета по учету средств ФФОМС, открытого территориальному органу Федерального казначейства в подразделении Центрального банка РФ.

Размер временно свободных средств ТФОМС определяется также на основании данных кассового планирования исполнения бюджета ТФОМС, данных о состоянии счета по учету средств ТФОМС, открытого территориальному органу Федерального казначейства в подразделении Центрального банка РФ.

Временно свободные средства ФФОМС (ТФОМС) **могут размещаться на банковские депозиты** при соблюдении условий, которые предусмотрены п. 4 Правил, а именно:

а) валютой депозита является валюта Российской Федерации;

б) срок депозита составляет до 6 месяцев;

в) процентная ставка по депозиту фиксируется на весь срок депозита;

г) выплата процентного дохода осуществляется ежемесячно, а для депозитов на срок до 1 месяца - в конце срока депозита;

д) обеспечивается возможность досрочного возврата суммы (части суммы) депозита по требованию ФФОМС (ТФОМС) в соответствии с п. 3 Правил <95>;

е) кредитные организации, в которых средства размещаются на банковские депозиты, должны удовлетворять установленным Правилами требованиям;

ж) сумма временно свободных средств ФФОМС (ТФОМС), размещаемых в одной кредитной организации, не может превышать 25% совокупного объема размещенных временно свободных средств ФФОМС (территориального фонда).

--------------------------------

<95> Пунктом 3 Правил устанавливается, что ФФОМС (ТФОМС) обязан досрочно изъять размещенные временно свободные средства ФФОМС (ТФОМС) при возникновении временного кассового разрыва в объеме, который обеспечит покрытие временного кассового разрыва, в сроки, необходимые для зачисления сумм размещенных средств на единый счет бюджета ФФОМС (ТФОМС), открытый территориальному органу Федерального казначейства в подразделении Центрального банка РФ.

3. **Кредитные организации**, в которых могут размещаться временно свободные средства ФФОМС (ТФОМС) на банковские депозиты, **должны отвечать установленным** **п. 5** **Правил требованиям**. Среди таких требований предусмотрены:

- наличие у кредитной организации генеральной лицензии Центрального банка РФ на осуществление банковских операций;

- наличие у кредитной организации собственных средств (капитала) в размере не менее 250 млрд рублей, рассчитываемом по методике Центрального банка РФ, по состоянию на последнюю отчетную дату;

- отсутствие у кредитной организации просроченной задолженности по банковским депозитам, ранее размещенным в ней за счет временно свободных средств ФФОМС (территориального фонда);

- участие кредитной организации в системе обязательного страхования вкладов физических лиц в банках Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом от 23 декабря 2003 г. N 177-ФЗ "О страховании вкладов физических лиц в банках Российской Федерации" и др.

4. Размещение временно свободных средств ФФОМС (ТФОМС) на банковские депозиты в кредитных организациях осуществляется ФФОМС (ТФОМС) **путем отбора заявок** кредитных организаций на заключение договоров банковского депозита **и заключения с кредитными организациями договоров банковского депозита**. Решение о размещении временно свободных средств ФФОМС и ТФОМС принимают соответственно председатель ФФОМС и директора ТФОМС.

С целью проведения отбора заявок ФФОМС (ТФОМС) определяет дату проведения отбора заявок, максимальный размер средств, размещаемый на банковские депозиты в кредитных организациях, срок размещения и минимальную процентную ставку размещения этих средств.

ФФОМС (ТФОМС) размещает на своем сайте в сети Интернет информацию:

а) о дате проведения отбора заявок за 3 рабочих дня, предшествующих дню проведения отбора заявок;

б) о параметрах, указанных в п. 7 Правил, не позднее рабочего дня, предшествующего дню проведения отбора заявок. Речь идет о параметрах, уже отмеченных выше, - это дата проведения отбора заявок, максимальный размер средств, размещаемый на банковские депозиты в кредитных организациях, срок размещения и минимальная процентная ставка размещения этих средств.

ФФОМС (ТФОМС) в срок, не превышающий одного рабочего дня, предшествующего дню проведения отбора заявок, рассчитывает для каждой кредитной организации, в которой предполагается размещение временно свободных средств ФФОМС (ТФОМС) на банковские депозиты, в зависимости от размера собственных средств (капитала) кредитной организации **лимит размещения средств для кредитной организации** по установленной Правилами формуле.

Кредитные организации направляют ФФОМС (ТФОМС) заявки по утвержденной форме (Приказ ФФОМС от 11 января 2011 г. N 2) в день проведения отбора заявок до 17 часов по местному времени в письменной форме в запечатанном конверте или в форме электронного документа.

При получении заявки ФФОМС (ТФОМС) подтверждает в письменной форме или в форме электронного документа ее получение в течение дня проведения отбора заявок. ФФОМС (ТФОМС) принимает заявки от кредитных организаций и ведет их учет в журнале регистрации заявок с присвоением номера, указанием даты и времени их приема. В случае отзыва заявки в журнале регистрации заявок указывается время ее отзыва.

К участию в отборе заявок ФФОМС (ТФОМС) принимается только одна поданная кредитной организацией заявка. Кредитная организация вправе отозвать заявку до 17 часов по местному времени дня проведения отбора заявок.

ФФОМС (ТФОМС) проверяет в день проведения отбора заявок соответствие кредитных организаций, направивших заявки, требованиям, предусмотренным Правилами, исходя из официальных данных Центрального банка РФ на дату проведения отбора заявок.

Следует обратить внимание, что **обязательными реквизитами заявки** являются размер размещаемых денежных средств и процентная ставка, которые кредитная организация предлагает в качестве существенных условий договора банковского депозита. Размер денежных средств, указанных в заявке кредитной организации, не должен превышать значение лимита размещения средств.

Процентная ставка, указываемая кредитной организацией в заявке, не может быть ниже минимальной процентной ставки, установленной ФФОМС (ТФОМС) для проводимого отбора заявок. ФФОМС (ТФОМС) до 18 часов по местному времени дня проведения отбора заявок устанавливает значение процентной ставки отсечения. Заявки, в которых указаны процентные ставки ниже ставки отсечения, не удовлетворяются. В случае отсутствия заявок либо в случае, если процентные ставки, указанные во всех принятых заявках, ниже ставки отсечения, ФФОМС (ТФОМС) признает отбор заявок несостоявшимся.

ФФОМС (ТФОМС) в срок не позднее 3 рабочих дней, следующих за днем проведения отбора заявок, заключает с кредитной организацией **договор банковского депозита**. Договоры заключаются по указанным в заявках процентным ставкам не ниже ставки отсечения на суммы денежных средств, указанных в заявках. ФФОМС (ТФОМС) в срок не позднее 2-го рабочего дня, следующего за днем заключения договора банковского депозита, перечисляет на корреспондентский счет кредитной организации в Центральном банке РФ сумму депозита.

Кредитная организация на основании договора банковского депозита для учета перечисленной суммы депозита открывает ФФОМС (ТФОМС) депозитный счет и представляет выписку из указанного счета. Депозитный счет открывается отдельно по каждому договору банковского депозита. Кредитная организация также представляет ФФОМС (ТФОМС) выписку из счета в случае закрытия депозитного счета.

**Возврат суммы депозита** производится кредитной организацией в день возврата средств, определенный условиями договора банковского депозита, на единый счет бюджета ФФОМС (ТФОМС), открытый территориальному органу Федерального казначейства в подразделении Центрального банка РФ, в соответствии с реквизитами, указанными в договоре банковского депозита.

Уплата процентов на сумму депозита в порядке, определяемом условиями договора банковского депозита, производится кредитной организацией на единый счет бюджета ФФОМС (ТФОМС), открытый территориальному органу Федерального казначейства в подразделении Центрального банка РФ, в соответствии с реквизитами, указанными в договоре банковского депозита.

ФФОМС (ТФОМС) ежедневно в течение срока действия договора банковского депозита проверяет соответствие кредитных организаций, на депозиты в которых размещены временно свободные средства ФФОМС (ТФОМС), требованиям, установленным Правилами.

В случае если кредитная организация перестала соответствовать предъявляемым к ней требованиям, ФФОМС (ТФОМС) вправе направить требование о немедленном возврате суммы вклада (депозита), размещенного в этой кредитной организации.

**Обязательным требованием** к договору банковского вклада (депозита) с кредитной организацией, на основании которого временно свободные средства размещаются на депозиты, является наличие условия, в соответствии с которым в установленном случае кредитная организация по требованию ФФОМС (ТФОМС) возвращает ему сумму депозита и проценты по нему, начисленные исходя из процентной ставки, определенной договором.

На практике могут возникать спорные ситуации, связанные с определением фактической даты возврата средств и обоснованности начисления пеней за период просрочки срока возврата средств.

Пример. ТФОМС Ростовской области обратился в Арбитражный суд Ростовской области с исковым заявлением к АКБ "Инвестиционный торговый банк" (далее - банк) о взыскании пеней по договорам срочного депозита (с правом досрочного востребования суммы (части суммы) депозита).

Решением Арбитражного суда Ростовской области, оставленным без изменения постановлением суда апелляционной инстанции, в удовлетворении большей части заявленных требований было отказано. Судебные акты в части отказа в иске мотивированы тем, что возврата средств по основному платежу (депозиту) со счета истца не произошло, имело место только уточнение кода бюджетной классификации (КБК), и значит, сумма депозита считается перечисленной в установленный срок.

В кассационной жалобе ТФОМС указывал, что суды не учли, что по условиям договоров срочного депозита обязательства банка по возврату вкладчику суммы депозита или части суммы депозита и выплате начисленных процентов считаются исполненными в момент зачисления названных сумм на лицевой счет вкладчика в соответствии с реквизитами, названными в договоре. Банк, перечислив в адрес ТФОМС суммы депозита, указал неправильный КБК, что привело к несвоевременному поступлению денежных средств в распоряжение фонда, а следовательно, требование о взыскании пеней правомерно.

Арбитражный суд Северо-Кавказского округа подтвердил выводы нижестоящих судов. Суды верно установили, что в платежных поручениях о переводе денежных средств в связи с досрочным истребованием истцом суммы депозита был неверно указан КБК, что повлекло невозможность определения перечисляемых банком средств в качестве возвращаемых с депозита. Банк известил фонд о необходимости проведения корректировки номера КБК, после этого денежные средства были зачислены путем изменения ранее присвоенного статуса невыясненных платежей.

Поскольку денежные средства фактически поступили на счет ТФОМС еще до корректировки, суды пришли к выводу о том, что банк не может считаться просрочившим исполнение обязательства по возврату денежных средств с депозита, а следовательно, основания для начисления пеней у истца отсутствовали. Ссылка ТФОМС на то, что неверное указание в реквизитах платежных поручений КБК привело к невозможности использования поступивших на лицевой счет денежных средств, не влияет на правомерность выводов судов (см. Постановление Арбитражного суда Северо-Кавказского округа от 15 сентября 2016 г. по делу N А53-30411/2015).

Статья 30. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

Комментарий к статье 30

1. Комментируемая статья регулирует вопрос о **тарифах на оплату медицинской помощи по ОМС**. Частью 1 рассматриваемой статьи предусмотрено, что 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 ОМС, и включают в себя статьи затрат, установленные территориальной программой ОМС.

В соответствии с ч. 2 ст. 36 комментируемого Закона **территориальная программа ОМС** включает в себя виды и условия оказания медицинской помощи (включая перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи), перечень страховых случаев, установленные базовой программой ОМС, и определяет с учетом структуры заболеваемости в субъекте РФ 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 ОМС в расчете на одно застрахованное лицо. Указанные значения нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо устанавливаются также по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи.

На практике могут возникать спорные вопросы о включении тех или иных затрат при расчете тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС.

Пример. Краевое ГБУЗ "Городская клиническая больница N 11" (далее - больница) обратилось в суд с заявлением к Хабаровскому Краевому фонду ОМС о признании недействительным акта проверки. Данным актом больнице предложено в соответствии с комментируемым Законом устранить выявленные нарушения и восстановить в бюджет фонда сумму нецелевого использования средств и уплатить штраф в размере 10% от суммы нецелевого использования средств.

Полагая, что акт проверки и требование незаконны, больница обратилась с заявлением в арбитражный суд, который отказал в удовлетворении заявления. Апелляционный суд, рассмотрев дело в пределах доводов жалобы, касающихся несогласия с отказом в удовлетворении заявления о признании незаконным требования фонда о возврате средств фонда, выплаченных работникам в качестве стимулирующей выплаты за стаж непрерывной работы, выслугу лет в ноябре, декабре 2015 года, и соответствующих сумм штрафа, оставил решение без изменений. Кассационная инстанция также не усмотрела оснований для отмены или изменения судебных актов судов первой и апелляционной инстанций.

Как указали суды, тарифы на оплату медицинской помощи в соответствии со ст. 30 комментируемого Закона включают в себя статьи затрат, установленные территориальной программой ОМС. Структура тарифа на оплату медицинской помощи установлена ст. 35 настоящего Федерального закона. Затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников медицинской организации, которые не принимают непосредственного участия в оказании медицинской помощи (медицинской услуги) (административно-управленческого, административно-хозяйственного, вспомогательного и иного персонала, не принимающего непосредственное участие в оказании государственной услуги), определяются исходя из количества единиц по штатному расписанию, утвержденному руководителем медицинской организации, с учетом действующей системы оплаты труда (п. 158.14 Правил ОМС <96>).

--------------------------------

<96> В редакции, которая действовала на момент рассмотрения дела, - Приказ Минздравсоцразвития РФ от 28 февраля 2011 г. N 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" (утратил силу).

Из комментируемого Закона и Правил ОМС следует, что в состав тарифа на оплату медицинской помощи по программе ОМС входят только такие выплаты работникам медицинских учреждений, которые предусмотрены действующей системой оплаты труда. Примерное положение об оплате труда работников краевых государственных бюджетных, автономных учреждений, подведомственных министерству здравоохранения Хабаровского края, не предусматривает выплаты стимулирующего характера за стаж непрерывной работы, выслугу лет.

При таких обстоятельствах, так как данные расходы являются нецелевым использованием средств ОМС, фонд обоснованно и мотивированно предписал больнице восстановить в бюджет фонда сумму нецелевого использования средств, а также уплатить штраф в размере 10% от данной суммы (см. Постановление Арбитражного Суда Дальневосточного округа от 12 мая 2017 г. N Ф03-1451/2017 по делу N А73-12548/2016).

2. Правила ОМС, к которым отсылает ч. 1 комментируемой статьи, утверждены Приказом Минздравсоцразвития РФ от 28 февраля 2019 г. N 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования".

В разделе 12 Правил, имеющем название "Методика расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию", содержатся предписания о расчете тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС. Расчет тарифов осуществляется на единицу объема медицинской помощи, на медицинскую услугу, за вызов скорой медицинской помощи, за законченный случай лечения заболевания, на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц (обслуживаемых медицинской организацией), а также подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям оказания медицинской помощи.

**Тариф за законченный случай лечения заболевания** может рассчитываться на однородные группы случаев оказания медицинской помощи:

- клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ) - группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов);

- клинико-профильная группа (КПГ) - группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем медицинской помощи.

Расчет тарифа на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации осуществляется с учетом коэффициентов половозрастных затрат на оказание медицинской помощи конкретной медицинской организации и иных коэффициентов, установленных тарифным соглашением, заключаемым в субъекте РФ в соответствии с комментируемой статьей. Тарифы рассчитываются в соответствии с гл. 12 Правил и включают в себя статьи затрат, установленные территориальной программой.

**Тариф на оплату медицинской помощи включает в себя**:

1) 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;

- оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования);

- оплату организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации);

- оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества;

- арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг;

- социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации;

- приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до 100 000 рублей за единицу в соответствии с ч. 7 ст. 35 комментируемого Закона (подробнее см. [комментарий к ст. 35](#Par2745)), и прочие расходы;

2) дополнительные элементы структуры тарифа на оплату медицинской помощи, определенные Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, утвержденной Правительством РФ в соответствии с ч. 8 ст. 35 комментируемого Закона;

3) расходы, определенные территориальной программой в случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой за счет средств субвенций из бюджета ФФОМС и межбюджетных трансфертов из бюджетов субъектов РФ в бюджет территориального фонда.

Для установления тарифов используются предусмотренные Правилами методы определения затрат:

- нормативный;

- структурный;

- экспертный.

В случае наличия утвержденных **нормативов затрат**, выраженных в натуральных показателях, в том числе нормативов питания, оснащения мягким инвентарем, медикаментами, норм потребления расходных материалов, нормативов затрат рабочего времени, объемов снижения потребления энергетических ресурсов в соответствии с требованиями энергетической эффективности или иных натуральных параметров оказания медицинской помощи (медицинской услуги), указанные нормативы затрат, выраженные в натуральных показателях, используются при определении тарифов.

При применении **структурного метода** затраты в отношении соответствующей группы затрат определяются пропорционально выбранному основанию, в том числе затратам на оплату труда и начислениям на выплаты по оплате труда персонала, участвующего непосредственно в оказании медицинской помощи (медицинской услуги); численности персонала, участвующего непосредственно в оказании медицинской помощи (медицинской услуги); площади помещения, используемого для оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

При применении **экспертного метода** затраты в отношении соответствующей группы затрат определяются на основании экспертной оценки, в том числе оценки доли группы затрат (трудозатраты) в общем объеме затрат, необходимых для оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

Выбор метода определения затрат или их совокупности для каждой группы затрат осуществляется в зависимости от условий оказания медицинской помощи, территориальных и иных особенностей оказания медицинской помощи (медицинской услуги). Методикой предусмотрены соответствующие формулы для определения тарифов и элементов, включаемых в состав тарифов.

3. Частью 2 комментируемой статьи устанавливается, что тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются **тарифным соглашением**, заключаемым между включенными в состав комиссии, создаваемой в субъекте РФ в соответствии с ч. 9 ст. 36 комментируемого Закона:

- органом исполнительной власти субъекта РФ;

- уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта РФ;

- ТФОМС;

- страховыми медицинскими организациями;

- медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со ст. 76 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" <97>;

- профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями).

--------------------------------

<97> Статья 76 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" регулирует вопрос о создании на добровольной основе профессиональных некоммерческих организаций и их полномочиях. Эти организации могут формироваться в соответствии с установленными критериями. В качестве критериев в указанной статье называются следующие: 1) принадлежность к медицинским работникам или фармацевтическим работникам; 2) принадлежность к профессии (врачей, медицинских сестер (фельдшеров), провизоров, фармацевтов); 3) принадлежность к одной врачебной специальности.

Частью 9 ст. 36 устанавливается, что для разработки проекта территориальной программы ОМС в субъекте РФ создается **комиссия по разработке территориальной программы ОМС**, в состав которой входят представители органа исполнительной власти субъекта РФ, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти субъекта РФ, ТФОМС, страховых медицинских организаций и медицинских организаций, представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта РФ, на паритетных началах. Комиссия по разработке территориальной программы ОМС формируется и осуществляет свою деятельность в соответствии с положением, являющимся приложением к Правилам ОМС (см. [п. 4 комментария к ст. 36](#Par2858)).

Комментируемая статья с принятием Федерального закона от 28 ноября 2018 г. N 437 "О внесении изменений в Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" была дополнена ч. 2.1 и 2.2.

Часть 2.1 устанавливает, что тарифное соглашение в пятидневный срок после дня его заключения направляется председателем комиссии, указанной в ч. 9 ст. 36 комментируемого Закона, в ФФОМС для подготовки заключения о соответствии тарифного соглашения базовой программе обязательного медицинского страхования.

Порядок и сроки рассмотрения тарифного соглашения, подготовки заключения ФФОМС и его типовая форма устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. В случае если в заключении ФФОМС сделан вывод о несоответствии тарифного соглашения базовой программе обязательного медицинского страхования, представители сторон тарифного соглашения, указанных в ч. 2 комментируемой статьи, обеспечивают внесение соответствующих изменений в тарифное соглашение, а председатель комиссии повторно направляет его в ФФОМС в установленный им срок.

Приказом Министерства здравоохранения РФ от 28 января 2019 г. N 25н утверждены порядок и сроки рассмотрения тарифных соглашений, заключаемых в соответствии с ч. 2 комментируемой статьи, а также подготовки заключения ФФОМС о соответствии тарифного соглашения базовой программе обязательного медицинского страхования и его типовой формы.

Устанавливается, что лица, виновные в нарушении требований ч. 2.1 комментируемой статьи, несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации (ч. 2.2 комментируемой статьи). Указанное положение вступает в силу только с 1 января 2021 г.

4. **Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения** устанавливаются ФФОМС. Такие требования установлены Приказом ФФОМС от 21 ноября 2018 г. N 247 "Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения".

Указанным Приказом устанавливается, что **структура тарифного соглашения должна включать следующие разделы**:

1) общие положения;

2) способы оплаты медицинской помощи, применяемые в субъекте РФ;

3) размер и структуру тарифов на оплату медицинской помощи;

4) размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

5) заключительные положения.

Раздел "Общие положения" должен содержать сведения об основаниях заключения тарифного соглашения (нормативные правовые акты, в соответствии с которыми разрабатывалось и заключалось тарифное соглашение), предмете тарифного соглашения, представителях сторон комиссии, заключивших тарифное соглашение, а также иную информацию в части общих положений (основные термины, определения и прочее).

Раздел "Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в субъекте Российской Федерации" должен содержать сведения о применяемых способах оплаты медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования, утверждаемой в составе программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в медицинских организациях.

Раздел "Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи" должен содержать сведения о тарифах на оплату медицинской помощи и их структуру. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определяются в зависимости от форм, видов и условий оказания медицинской помощи в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Раздел "Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества" должен содержать применяемые к медицинским организациям, участвующим в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования, санкции за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Раздел "Заключительные положения" должен устанавливать срок действия тарифного соглашения и порядок внесения в него изменений.

5. В соответствии с ч. 3 комментируемой статьи тарифы на оплату медицинской помощи в одной медицинской организации являются **едиными для всех страховых медицинских организаций, находящихся на территории субъекта РФ**, оплачивающих медицинскую помощь в рамках программ ОМС, а также в случаях, установленных комментируемым Законом, - в рамках базовой программы ОМС (см. [комментарий к ст. 35](#Par2678)).

6. Частью 4 рассматриваемой статьи предусматривается, что **структура тарифа на оплату медицинской помощи** устанавливается комментируемым Законом. Соответствующая правовая норма о структуре тарифа на оплату медицинской помощи содержится в ч. 7 ст. 35 настоящего Федерального закона, в которой перечислены расходы, которые включает в себя структура тарифа на оплату медицинской помощи.

Структура тарифов на оплату медицинской помощи включает в себя два обобщенных элемента: 1) **расходы непосредственно на саму медицинскую помощь** (приобретение лекарственных средств, расходных материалов, медицинских реактивов и химикатов, инструментария, оплата лабораторных и инструментальных исследований); 2) **опосредованные производственные расходы** (оплата труда и коммунальных расходов, услуг связи, расходы на содержание имущества, прочие расходы, в том числе расходы на питание пациентов при стационарном лечении и т.д.).

Положения о размере и структуре тарифа на оплату медицинской помощи содержатся в Требованиях к структуре и содержанию тарифного соглашения, установленных Приказом ФФОМС от 21 ноября 2018 г. N 247, а способы расчета тарифов, как уже было отмечено выше, установлены Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, которые включены в Правила ОМС.

Пунктом 2 Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения устанавливается, что способы оплаты медицинской помощи в субъекте РФ, размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются **в зависимости от условий оказания медицинской помощи**, определенных ч. 3 ст. 32 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". В названной правовой норме перечисляются условия, в которых может быть оказана медицинской помощь: 1) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации); 2) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника; 3) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения); 4) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Важно отметить, что размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются дифференцированно с учетом **коэффициента уровня оказания медицинской помощи для групп медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций**. При этом предусмотрено три уровня коэффициентов оказания медицинской помощи:

- **первый уровень** - это коэффициент при оказании медицинской помощи для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организации, оказывающих населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) первичную медико-санитарную помощь и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 4-м профилям, включая терапевтический, хирургический и педиатрический профиль, и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь, и (или) паллиативную медицинскую помощь;

- **второй уровень** - это коэффициент при оказании медицинской помощи для медицинских организаций, имеющих в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие в том числе специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 5-ти и более профилям медицинской помощи и (или) населению нескольких муниципальных образований, а также для специализированных больниц, больниц скорой медицинской помощи, центров, диспансеров (противотуберкулезные, психоневрологические, наркологические и иные), в соответствии с Приказом Минздрава России от 6 августа 2013 г. N 529н "Об утверждении номенклатуры медицинских организаций";

- **третий уровень** - это коэффициент при оказании медицинской помощи для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

В соответствии с п. п. 4 и 5 Требований при установлении размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи в субъекте РФ допускается дифференциация тарифов на оплату медицинской помощи в части их размера и структуры, **по группам медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций с учетом объективных критериев**: вида медицинской помощи, среднего радиуса территории обслуживания, количества фельдшерско-акушерских пунктов, уровня расходов на содержание имущества на единицу объема медицинской помощи, достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте РФ.

Кроме того, при установлении размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи в субъекте РФ применяется **коэффициент дифференциации**, рассчитанный в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 5 мая 2012 г. N 462 "О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования".

При установлении размера и структуры **подушевого норматива финансирования** на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, а также подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации в субъекте РФ, применяются **половозрастные коэффициенты дифференциации**. Для определения половозрастных коэффициентов дифференциации численность застрахованных лиц в субъекте РФ распределяется на соответствующие половозрастные группы. При этом устанавливается, что при определении половозрастных коэффициентов дифференциации в субъекте РФ допустимо использовать распределение численности застрахованных лиц на иные половозрастные подгруппы с учетом дифференциации в оказании медицинской помощи, чем это определено Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения.

Вышеупомянутой Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС предусматривается, что тарифы включают в себя **статьи затрат, установленные территориальной программой**, а именно:

1) 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 основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до 100 000 рублей за единицу;

2) дополнительные элементы структуры тарифа на оплату медицинской помощи, определенные программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, утвержденной Правительством РФ. Следует отметить, что ч. 8 ст. 35 комментируемого Закона предусматривается право Правительства РФ устанавливать дополнительный перечень заболеваний и состояний, включаемых в качестве случаев оказания медицинской помощи в базовую программу ОМС, которая является составной частью программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (см. [п. 7 комментария к ст. 35](#Par2758));

3) расходы, определенные территориальной программой ОМС в случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой ОМС за счет средств субвенций из бюджета ФФОМС и межбюджетных трансфертов из бюджетов субъектов РФ в бюджет ТФОМС (см. [п. 2 комментария к ст. 36](#Par2784)).

Кроме того, Методика содержит нормы по **расчету стоимости медицинской помощи (медицинской услуги)**. В этом расчете учитываются следующие статьи затрат:

- затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда персонала, принимающего непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги);

- затраты на приобретение материальных запасов, потребляемых в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги);

- сумма начисленной амортизации основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до 100 000 рублей за единицу, используемых при оказании медицинской помощи (медицинской услуги);

- сумма начисленной амортизации основных средств стоимостью свыше 100 000 рублей за единицу, используемых при оказании медицинской помощи (медицинской услуги);

- иные затраты, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги).

При расчете стоимости медицинской помощи (медицинской услуги) учитываются **затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом**, а именно:

- затраты на коммунальные услуги, содержание объектов движимого и недвижимого имущества, приобретение услуг связи, транспортных услуг;

- затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников медицинской организации, которые не принимают непосредственного участия в оказании медицинской помощи (медицинской услуги);

- сумма начисленной амортизации основных средств стоимостью до 100 000 рублей за единицу, не используемых при оказании медицинской помощи (медицинской услуги);

- сумма начисленной амортизации зданий, сооружений и других основных фондов, включая основные средства стоимостью свыше 100 000 рублей за единицу, непосредственно не связанных с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги);

- прочие затраты на общехозяйственные нужды.

Методикой устанавливается способ определения тарифа за пролеченного больного, а также расчет тарифа на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации.

Так, **тариф за пролеченного больного** рассчитывается исходя из:

1) затрат на оказание медицинских услуг с учетом их перечня, среднего количества, частоты применения и стоимости; затрат на лекарственные препараты с учетом их перечня, разовых и курсовых доз и стоимости;

2) стоимости применяемых в процессе лечения изделий медицинского назначения;

3) перечня препаратов крови с указанием количества, частоты предоставления и стоимости;

4) перечня диетического (лечебного и профилактического) питания с указанием количества, частоты его предоставления и стоимости.

При этом при расчете стоимости пролеченного больного с применением способа оплаты по клинико-статистическим группам учитываются затратоемкость по клинико-статистическим группам, количество профильных госпитализаций и применение современных эффективных технологий, стимулирование медицинских организаций, а также медицинских работников (осуществление выплат стимулирующего характера) к внедрению ресурсосберегающих медицинских и организационных технологий, уровень оказания медицинской помощи, сложность лечения пациентов.

Расчет тарифа **на основе подушевого норматива** финансирования медицинской организации осуществляется исходя из данных об объеме средств в соответствии с установленной долей средств для подушевого финансирования амбулаторной медицинской помощи и численности прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц. При определении доли средств подушевого финансирования учитывается соотношение объема медицинской помощи, включенного в подушевой норматив, к общему объему оказанной медицинской помощи. В подушевой норматив финансирования медицинской организации могут включаться виды и объемы медицинской помощи, определенные территориальной программой. При расчете на основе подушевого норматива финансирования применяются коэффициенты половозрастных затрат на оказание медицинской помощи в конкретной медицинской организации и иные коэффициенты, разработанные в субъекте РФ на основе показателей здоровья населения.

7. На уполномоченные органы исполнительной власти субъектов РФ возложена обязанность по **размещению на своих официальных сайтах в сети Интернет установленных тарифов** на оплату медицинской помощи в срок не позднее 14 календарных дней со дня их установления (ч. 5 комментируемой статьи).

Неразмещение или несвоевременное размещение должностными лицами органов исполнительной власти субъектов РФ в сети Интернет утвержденной территориальной программы ОМС и установленных тарифов на оплату медицинской помощи влечет административную ответственность в виде наложения административного штрафа в размере от 5 000 до 10 000 рублей (ст. 15.33.1 КоАП РФ).

Статья 31. Возмещение расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью

Комментарий к статье 31

1. Комментируемая статья посвящена вопросам **возмещения расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью**. Частью 1 рассматриваемой статьи предусматривается, что расходы, осуществленные в соответствии с комментируемым Законом страховой медицинской организацией, на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью, **подлежат возмещению лицом, причинившим вред здоровью застрахованного лица**.

При этом особый порядок регулирования установлен в отношении медицинской помощи (первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи), оказанной застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве. Порядок оплаты расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве определен в ст. 32 настоящего Федерального закона (см. [комментарий к ст. 32](#Par2455)).

Следует отметить, что обязательство по возмещению расходов, осуществленных страховой медицинской организацией на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью, возлагается комментируемой статьей на причинителя вреда на основании норм гражданского законодательства. Так, п. 1 ст. 1064 ГК РФ предусмотрено, что вред, причиненный личности или имуществу гражданина, подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред.

Несмотря на наличие в законодательстве рассматриваемой правовой нормы, в правовой теории и юридической практике возникает множество вопросов о реализации механизма регрессных требований к физическим и юридическим лицам в системе ОМС. В юридической литературе высказываются мнения о необходимости принятия единого федерального нормативного правового акта, аккумулирующего весь пласт норм, регулирующих регрессные требования по возмещению расходов на оплату оказания медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью в обязательном медицинском страховании <98>.

--------------------------------

<98> См.: Канева С.Ю. Правовые проблемы реализации регрессных требований в обязательном медицинском страховании Российской Федерации (в условиях международной правоприменительной практики) // Медицинское право. 2014. N 3. С. 27 - 32.

2. Часть 2 рассматриваемой статьи определяет, что 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**.

Понятие **экспертизы качества медицинской помощи** содержится в ч. 4 ст. 40 комментируемого Закона. В частности, определяется, что экспертиза качества медицинской помощи - это 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 (см. [комментарий к ст. 40](#Par3224)).

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию осуществляется в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, который утвержден Приказом ФФОМС от 28 февраля 2019 г. N 36. Порядок содержит 13 разделов, устанавливающих общие и процедурные вопросы, касающиеся проведения контроля.

3. Отношения по проведению экспертизы качества медицинской помощи урегулированы разделом N 5 Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС. Согласно этому разделу экспертиза качества медицинской помощи проводится путем проверки (в том числе с использованием автоматизированной системы) соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи:

- договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС;

- порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи;

- клиническим рекомендациям (протоколам лечения) по вопросам оказания медицинской помощи;

- сложившейся клинической практике.

Предусматривается, что экспертиза качества медицинской помощи осуществляется в виде: а) целевой экспертизы качества медицинской помощи; б) плановой экспертизы качества медицинской помощи.

**Целевая экспертиза качества медицинской помощи** проводится в случаях:

1) получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность и качество медицинской помощи в медицинской организации;

2) летальных исходов;

3) внутрибольничного инфицирования и осложнения заболевания;

4) первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;

5) повторного обоснованного обращения по поводу одного и того же заболевания в определенные Порядком сроки.

При проведении целевой экспертизы качества медицинской помощи оценке подлежат все этапы и уровни оказания медицинской помощи.

Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится с целью оценки соответствия объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи группам застрахованных лиц, разделенным по возрасту, заболеванию или группе заболеваний, этапу медицинской помощи и другим признакам, условиям, предусмотренным договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. **Плановая экспертиза качества медицинской помощи** проводится по случаям оказания медицинской помощи по ОМС, отобранным: 1) методом случайной выборки; 2) по тематически однородной совокупности случаев.

4. Следует иметь в виду, что экспертиза качества медицинской помощи проводится **экспертом качества медицинской помощи**, включенным в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи, по поручению ТФОМС или страховой медицинской организации. В соответствии с п. 81 Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС экспертизу качества медицинской помощи осуществляет эксперт качества медицинской помощи, являющийся врачом-специалистом, имеющим высшее профессиональное образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС, включенный в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи.

Как устанавливается п. 84 Порядка, территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи содержит сведения об экспертах качества медицинской помощи, осуществляющих экспертизу качества медицинской помощи в рамках контроля в субъекте Российской Федерации, и является сегментом единого реестра экспертов качества медицинской помощи. Ведение территориального реестра экспертов качества медицинской помощи осуществляется ТФОМС на основе единых организационных, методологических и программно-технических принципов. Ответственность за нарушения в ведении территориального реестра экспертов качества медицинской помощи несет директор ТФОМС.

ФФОМС ведет единый реестр экспертов качества медицинской помощи, являющийся совокупностью электронных баз данных территориальных реестров экспертов качества медицинской помощи. Такое полномочие ФФОМС установлено п. 11 ч. 8 ст. 33 комментируемого Закона, а порядок его осуществления определяется Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС.

5. Частью 3 рассматриваемой статьи устанавливается, что **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**.

Методическими указаниями по представлению информации в сфере ОМС установлен образец реестра счетов на оплату медицинской помощи (приложение N 12). Методическими указаниями определяется, что **реестр счетов на оплату медицинской помощи** формируется медицинской организацией ежемесячно, представляется в страховую медицинскую организацию (филиал) в течение пяти рабочих дней месяца, следующего за отчетным, и является основанием для оплаты страховой медицинской организацией (филиалом) медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в отчетном месяце. В реестр счетов медицинской организацией вносятся персонифицированные сведения о пролеченном больном и персонифицированные сведения об оказанной ему медицинской помощи на основе данных медицинской документации. Медицинские организации, финансирование которых осуществляется по подушевому нормативу, наряду с персональными данными пролеченных застрахованных лиц и данными персонифицированного учета оказанной им медицинской помощи, включают в реестр счетов список прикрепленных застрахованных лиц, тариф на основе подушевого норматива финансирования и общую сумму финансирования на численность прикрепленных лиц. В реестр счетов могут включаться дополнительные сведения в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, применяемыми в субъекте РФ. Реестр счетов подписывается руководителем и главным бухгалтером медицинской организации с расшифровкой подписей, с указанием даты подписания. Подписи скрепляются печатью организации.

6. Письмом ФФОМС от 5 мая 2012 г. N 3220/30-3/и "О возмещении расходов на оплату оказания медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью" ТФОМС и страховым медицинским организациям, осуществляющим деятельность в сфере ОМС, направлены Методические рекомендации о возмещении расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью. В них разъяснены следующие моменты:

- основания и условия предъявления претензии или регрессного иска к лицу, причинившему вред здоровью застрахованного лица, в порядке возмещения расходов на оплату оказанной медицинской помощи страховой медицинской организацией;

- определение суммы возмещения;

- порядок предъявления страховыми медицинскими организациями претензии и регрессного иска лицам, ответственным за причиненный вред здоровью застрахованного лица;

- порядок использования средств, поступивших в порядке возмещения ущерба, связанного с оплатой оказанной медицинской помощи застрахованному лицу, пострадавшему в результате противоправных действий юридических и физических лиц;

- необходимость проведения анализа деятельности по возмещению расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью.

Как устанавливается п. 1.4 Методических рекомендаций, анализ деятельности по возмещению расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью осуществляется ФФОМС.

Пунктом 2.1 указанных Методических рекомендаций устанавливается, что **основанием для предъявления претензии или регрессного иска** является факт причинения вреда здоровью застрахованного лица, факт оплаты страховой медицинской организацией оказанной медицинской помощи и другие необходимые факты. Вред здоровью застрахованного лица может являться следствием следующих противоправных действий и бездействия юридических и физических лиц:

1) нарушение правил обращения с источником повышенной опасности (использование транспортных средств, механизмов, электрической энергии высокого напряжения, взрывчатых веществ, сильнодействующих ядов, осуществление строительной и иной связанной с нею деятельности и др.);

2) нарушение правил содержания животных;

3) умышленное и неосторожное нанесение телесных повреждений различных степеней тяжести;

4) заражение;

5) незаконное хранение и оборот наркотических или психотропных средств;

6) приобретение, сбыт, хранение взрывчатых и ядовитых веществ;

7) нарушение санитарно-гигиенических правил (в том числе внутрибольничное инфицирование);

8) совершение экологических преступлений;

9) недобросовестное выполнение коммунальными службами своих обязанностей;

10) прочие случаи.

Информация о факте причинения вреда здоровью застрахованного лица, полученная от медицинской организации, может служить обстоятельством, с которым связано возникновение у страховой медицинской организации обязанности по предъявлению регрессного иска, в случае если такая информация позволяет достоверно установить, что вред причинен в результате противоправных действий причинителя вреда, а также определить лицо, ответственное за такой вред (наименование и место нахождения - для юридического лица и имя, фамилию, отчество и место жительства - для физического лица).

Медицинская организация **информирует** (одновременно с предоставлением счетов на оплату) **страховую медицинскую организацию** об оказании застрахованному лицу медицинской помощи вследствие причинения вреда его здоровью при:

- телесных повреждениях, связанных с огнестрельными, колото-резаными, рублеными ранами, переломами, ушибами, сотрясением мозга и т.д.;

- травмах, полученных в результате дорожно-транспортных происшествий;

- телесных повреждениях и травмах, связанных с неудовлетворительным состоянием строительных конструкций, зданий, сооружений, а также полученных при взрывах и других чрезвычайных происшествиях;

- телесных повреждениях и отравлениях, полученных при ожогах кислотами и различными токсическими веществами;

- иных телесных повреждениях и заболеваниях, возникших вследствие противоправных деяний юридических и физических лиц.

7. Страховая медицинская организация в дополнение к требованиям, предусмотренным в ч. 1 и 2 комментируемой 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.

Пунктом 3.1 Методических рекомендаций о возмещении расходов на оплату оказанной медицинской помощи, рассмотренных выше, в соответствии с комментируемой статьей устанавливается, что **размер расходов, подлежащих возмещению**, определяется как сумма расходов, оплаченных страховой медицинской организацией за счет целевых средств, на оказание медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью (включая диагностику, лечение, питание и реабилитацию, иные расходы) и собственных средств, затраченных на проведение дополнительной экспертизы по установлению факта причинения вреда здоровью застрахованного лица, оформление необходимой документации и на судебные издержки.

Таким образом, страховая медицинская организация на основании ч. 4 комментируемой статьи может предъявить лицу, причинившему вред здоровью застрахованному лицу, **дополнительные требования к сумме расходов**, оплаченных страховой медицинской организацией за счет целевых средств, на оказание медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью. Дополнительные требования могут касаться сумм, затраченных на:

1) проведение дополнительной экспертизы по установлению факта причинения вреда здоровью застрахованного лица;

2) на оформление необходимой документации;

3) на судебные издержки.

Пример. ОАО "Городская страховая медицинская компания" предъявила иск к гражданину К.В. о возмещении расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью в порядке регресса. Приговором районного Суда г. Санкт-Петербурга от 6 февраля 2014 г. К.В. был признан виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 1 ст. 111 УК РФ. Истец оплатил стоимость лечения потерпевшего, и в соответствии со ст. 31 комментируемого Закона у него возникло право регрессного требования к ответчику. Суд удовлетворил требования истца о взыскании суммы, потраченной на лечение потерпевшего, а также взыскал с потерпевшего дополнительную сумму, которая была оплачена истцом в счет уплаты государственной пошлины (см. Апелляционное определение Санкт-Петербургского городского суда от 26 мая 2015 г. N 33-7366/2015).

8. 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** (ч. 5 комментируемой статьи). Порядок предъявления иска урегулирован главой 12 ГПК РФ. В соответствии со ст. 131 названного Кодекса исковое заявление подается в суд в письменной форме. В исковом заявлении с учетом установленных данной статьей правил должны быть указаны:

- наименование суда, в который подается заявление;

- наименование страховой медицинской организации, ее место нахождения, а также наименование представителя и его адрес, если заявление подается представителем;

- наименование ответчика, его место жительства или, если ответчиком является организация, ее место нахождения;

- в чем заключается нарушение либо угроза нарушения прав, свобод или законных интересов истца и его требования - страховая медицинская организация понесла расходы на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью действиями ответчика и связанные с ними расходы;

- обстоятельства, на которых истец основывает свои требования, и доказательства, подтверждающие эти обстоятельства;

- цена иска, а также расчет взыскиваемых или оспариваемых денежных сумм;

- перечень прилагаемых к заявлению документов.

В силу п. 1 ч. 1 ст. 22 ГПК РФ дела по спорам о возмещении вреда, причиненного жизни или здоровью гражданина, подведомственны **судам общей юрисдикции.** В Постановлении Верховного Суда РФ от 26 января 2010 г. N 1 "О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни и здоровью гражданина" даются разъяснения по рассмотрению гражданских дел о возмещении расходов вследствие причинения вреда.

В качестве истца по делам о возмещении расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью также может выступать **прокурор**, поскольку данные расходы осуществляются страховой медицинской организацией за счет средств внебюджетного фонда - ТФОМС, то есть тем самым причиняется ущерб Российской Федерации. В исковом заявлении, предъявляемом прокурором в защиту интересов Российской Федерации, субъектов РФ, муниципальных образований или в защиту прав, свобод и законных интересов неопределенного круга лиц, должно быть указано, в чем конкретно заключаются их интересы, какое право нарушено, а также должна содержаться ссылка на закон или иной нормативный правовой акт, предусматривающие способы защиты этих интересов (ч. 3 ст. 131 ГПК РФ).

Пример. Прокурор Пушкинского района г. Санкт-Петербурга, действуя в защиту интересов Российской Федерации в лице ТФОМС Санкт-Петербурга, обратился к мировому судье судебного участка N 180 г. Санкт-Петербурга с иском к гражданину С. о взыскании ущерба в установленной сумме. Ранее Постановлением мирового судьи судебного участка N 180 г. Санкт-Петербурга от 29 ноября 2010 г. было прекращено уголовное дело по обвинению гражданина С. в совершении преступления, предусмотренного ч. 1 ст. 112 УК РФ, в связи с примирением подсудимого с потерпевшим А. При этом стоимость лечения гражданина А. была оплачена страховой компанией ООО "СК "Согласие-М", то есть были затрачены государственные средства, в связи с чем Российской Федерации причинен ущерб, который подлежит возмещению виновным лицом.

Решением мирового судьи в удовлетворении иска было отказано, с чем согласился и суд апелляционной инстанции. Однако Президиум Санкт-Петербургского городского Суда, проверив материалы дела, обсудив доводы представления прокурора, посчитал, что состоявшиеся судебные постановления подлежат отмене, так как судами допущены существенные нарушения норм материального и процессуального права, повлиявшие на исход дела. Суды первой и второй инстанции, отказывая в удовлетворении требований прокурора, исходили из того, что прокурором не представлено доказательств того, что в результате действий ответчика причинен какой-либо ущерб ТФОМС в связи с оказанием медицинской помощи потерпевшему по уголовному делу. Кроме того, суд исходил из того, что у прокурора отсутствует право на предъявление иска в защиту интересов ТФОМС г. Санкт-Петербурга, поскольку фонд является самостоятельным юридическим лицом, созданным субъектом РФ, и средства фонда не входят в состав бюджетов бюджетной системы Российской Федерации.

Руководствуясь ст. ст. 6, 27, 31, 38 комментируемого Закона, Президиум пришел к выводу, что действиями ответчика причинен ущерб Российской Федерации, поскольку финансовое обеспечение расходных обязательств субъектов РФ, возникающих при осуществлении переданных полномочий Российской Федерации по организации ОМС на территориях субъектов РФ, осуществляется за счет субвенций, предоставленных из бюджета ФФОМС бюджетам ТФОМС. Субвенции на осуществление указанных полномочий носят целевой характер и не могут быть использованы на другие цели. Средства, затраченные на оказание медицинской помощи А., были оплачены страховой компанией ООО "СК "Согласие-М" в полном размере из средств внебюджетного фонда - ТФОМС.

Кроме того, выводы судов первой и второй инстанции о том, что прокурором не может быть предъявлено исковое заявление в защиту интересов юридического лица - ТФОМС, являются несостоятельными, так как прокурором предъявлено исковое заявление не в интересах юридического лица, а в защиту интересов государства, средства которого были затрачены на лечение потерпевшего по уголовному делу (см. Постановление президиума Санкт-Петербургского городского суда от 28 марта 2012 г. N 44г-31/12).

9. Частью 6 комментируемой статьи определено, что юридические и физические лица, виновные в причинении вреда здоровью застрахованного лица, **могут** возмещать расходы на оплату оказанной медицинской помощи в **досудебном порядке**. Таким образом, комментируемая статья дает возможность как юридическим, так и физическим лицам, виновным в причинении вреда здоровью застрахованного лица, возмещать расходы на оплату оказанной медицинской помощи в добровольном порядке без судебного разбирательства. Если отсутствует спор о размере ущерба и если причинитель вреда признает свою вину, то возмещение ущерба в добровольном порядке без судебного разбирательства, конечно, имеет предпочтение, поскольку позволяет избежать дополнительных расходов.

Статья 32. Оплата расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве

Комментарий к статье 32

1. Комментируемая статья регулирует вопрос об **оплате расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве**. Оплата таких расходов осуществляется Фондом социального страхования РФ за счет средств обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в соответствии с ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний".

Содержание ч. 1 комментируемой статьи позволяет сделать вывод о том, что речь идет об оплате расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу при обстоятельствах, когда **несчастный случай произошел на производстве** и когда этот несчастный случай является **тяжелым**.

Следует отметить, что ст. 2 ТК РФ закреплены основные принципы правового регулирования трудовых отношений и иных непосредственно связанных с ними отношений. Среди иных важных принципов в статье называется и принцип обязательности возмещения вреда, причиненного работнику в связи с исполнением им трудовых обязанностей, и обеспечение права на обязательное социальное страхование. ТК РФ особо закрепляет право работника на труд в условиях, отвечающих требованиям охраны труда, гарантируя его обязательным социальным страхованием от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в соответствии с Федеральным законом (ст. 219 ТК РФ). Таким федеральным законом является ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний", который устанавливает в Российской Федерации правовые, экономические и организационные основы обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и определяет порядок возмещения вреда, причиненного жизни и здоровью работника при исполнении им обязанностей по трудовому договору и в иных установленных данным Федеральным законом случаях.

В соответствии со ст. 5 названного Федерального закона **обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний подлежат**:

1) физические лица, выполняющие работу на основании трудового договора, заключенного со страхователем;

2) физические лица, осужденные к лишению свободы и привлекаемые к труду страхователем;

3) физические лица, выполняющие работу на основании гражданско-правового договора, предметом которого являются выполнение работ и (или) оказание услуг, договора авторского заказа, если в соответствии с указанными договорами заказчик обязан уплачивать страховщику страховые взносы.

Действие названного Федерального закона распространяется на граждан РФ, иностранных граждан и лиц без гражданства, если иное не предусмотрено федеральными законами или международными договорами РФ.

2. Регулированию вопроса о **гарантиях и компенсациях при несчастных случаях на производстве и профессиональном заболевании** посвящена ст. 184 ТК РФ, которая при таких случаях устанавливает обязательность возмещения утраченного заработка (дохода), а также возмещения связанных с повреждением здоровья дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию, либо соответствующих расходов в связи со смертью работника. Виды, объемы и условия предоставления работникам гарантий и компенсаций в указанных случаях определяются федеральными законами. Кроме уже названного выше ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний", в этом ряду следует назвать ФЗ "Об основах обязательного социального страхования" и Федеральный закон от 12 января 1996 г. N 8-ФЗ "О погребении и похоронном деле".

Одним из основных направлений государственной политики в области охраны труда в соответствии со ст. 210 ТК РФ является расследование и учет несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний. Оформленные в соответствии с требованиями законодательства результаты расследования служат основанием для защиты законных интересов работников, пострадавших от несчастных случаев на производстве, а также членов их семей на основе обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний либо в гражданско-правовом порядке за счет причинителя вреда.

3. Следует отметить, что ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" не ограничивает права застрахованных лиц на возмещение вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации в части, превышающей обеспечение по социальному страхованию (ч. 2 ст. 1). Тем самым он предоставляет застрахованным (а в соответствующих случаях членам их семей) право требовать возмещения не компенсированного страховым обеспечением вреда непосредственно с работодателя (страхователя) - причинителя вреда по правилам, предусмотренным главой 59 ГК РФ, которая имеет наименование "Обязательства вследствие причинения вреда". Верховный Суд РФ обобщил практику рассмотрения дел, связанных с применением законодательства об обязательном страховании от несчастных случаев на производстве, и дал разъяснения по их рассмотрению в Постановлении Пленума от 10 марта 2011 г. N 2 "О применении судами законодательства об обязательном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний".

4. В соответствии со ст. 3 ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" **несчастным случаем на производстве** признается событие, в результате которого застрахованный получил увечье или иное повреждение здоровья при исполнении им обязанностей по трудовому договору и в иных установленных названным Федеральным законом случаях как на территории страхователя, так и за ее пределами либо во время следования к месту работы или возвращения с места работы на транспорте, предоставленном страхователем, и которое повлекло необходимость перевода застрахованного на другую работу, временную или стойкую утрату им профессиональной трудоспособности либо его смерть.

Оценивая данное положение, Конституционный Суд РФ в Определении от 25 февраля 2016 г. N 228-О отметил: "Исходя из природы и целей обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний федеральный законодатель в Федеральном законе "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" сформулировал понятие несчастного случая на производстве и профессиональных заболеваний. Данное законоположение в равной мере распространяется на всех работников, направлено на обеспечение социальной защиты в рамках обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний самого работника, а в случае его смерти - членов его семьи, лишившихся кормильца" <99>.

--------------------------------

<99> См.: Определение Конституционного Суда РФ от 25 февраля 2016 г. N 228-О "Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданина Добровольского Владимира Сергеевича на нарушение его конституционных прав положениями части 3 статьи 227 Трудового кодекса Российской Федерации и абзаца десятого статьи 3 Федерального закона "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний".

На практике могут возникать спорные ситуации по отнесению несчастных случаев к случаям, произошедшим на производстве или произошедшим вне производства. В таких ситуациях необходимо учитывать совокупность всех факторов, в том числе иметь в виду, что действия (бездействие) пострадавшего в момент несчастного случая должны быть обусловлены трудовыми отношениями с работодателем либо участием в производственной деятельности последнего, а также необходимо принимать во внимание условия и особенности конкретных трудовых отношений.

Пример. Президиумом ВАС РФ от 5 ноября 2013 г. N 8775/13 было удовлетворено требование ООО "Норд Империал" и признаны незаконными действия государственного учреждения - Томского регионального отделения Фонда социального страхования РФ, выразившиеся в отказе в признании в качестве страхового случая несчастного случая, происшедшего с работником Л.

Как было установлено судами, ранее рассматривавшими данное дело, с работником общества - оператором добычи нефти и газа Л. произошел несчастный случай, по результатам расследования которого составлен акт о несчастном случае на производстве. Фондом социального страхования РФ было составлено заключение по экспертизе этого несчастного случая, которым данный случай признан относящимся к нестраховым. Отказывая в удовлетворении заявления общества, суды сделали вывод о том, что несчастный случай произошел с Л. во время междусменного отдыха, а не при осуществлении работником трудовых обязанностей.

Однако судами не было учтено, что Л. является лицом, подлежащим обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний. Суды не приняли во внимание особенности трудовых отношений при вахтовом методе. Работники, привлекаемые к работам вахтовым методом, в период нахождения на объекте производства работ проживают в специально создаваемых работодателем вахтовых поселках. Согласно ст. 299 ТК РФ вахтой считается общий период, включающий время выполнения работ на объекте и время междусменного отдыха. Поэтому несчастный случай с Л. следует считать несчастным случаем, произошедшим на производстве (см. Постановление Президиума ВАС РФ от 5 ноября 2013 г. N 8775/13 по делу N А67-5123/2012).

5. Определение **степени тяжести повреждения здоровья при несчастных случаях на производстве** осуществляется в соответствии со Схемой определения степени тяжести повреждения здоровья при несчастных случаях на производстве, утв. Приказом Минздравсоцразвития РФ от 24 февраля 2005 г. N 160 "Об определении степени тяжести повреждения здоровья при несчастных случаях на производстве". Несчастные случаи на производстве по степени тяжести повреждения здоровья подразделяются на 2 категории: **тяжелые** и **легкие**. Квалифицирующими признаками тяжести повреждения здоровья при несчастном случае на производстве являются: 1) характер полученных повреждений здоровья и осложнения, связанные с этими повреждениями, а также развитие и усугубление имеющихся хронических заболеваний в связи с получением повреждения; 2) последствия полученных повреждений здоровья (стойкая утрата трудоспособности).

Наличие одного из квалифицирующих признаков является достаточным для установления категории тяжести несчастного случая на производстве. Признаками тяжелого несчастного случая на производстве являются также повреждения здоровья, угрожающие жизни пострадавшего. Предотвращение смертельного исхода в результате оказания медицинской помощи не влияет на оценку тяжести полученной травмы.

Определены три группы несчастных случаев на производстве, относящихся к тяжелым, к легким несчастным случаям на производстве относятся повреждения, не входящие в приведенный перечень.

6. В соответствии со ст. 227 ТК РФ несчастные случаи на производстве подлежат **расследованию и учету**. Порядок проведения расследования несчастных случаев определен ст. 229.2 ТК РФ. Постановлением Правительства РФ от 31 августа 2002 г. N 653 "О формах документов, необходимых для расследования и учета несчастных случаев на производстве, и об особенностях расследования несчастных случаев на производстве" было поручено Министерству труда и социального развития РФ разработать и утвердить формы документов, необходимых для расследования и учета несчастных случаев на производстве и разработать и утвердить положение об особенностях расследования несчастных случаев на производстве в отдельных отраслях и организациях. Формы документов и соответствующее положение утверждены Постановлением Министерства труда и социального развития РФ от 24 октября 2002 г. N 73 "Об утверждении форм документов, необходимых для расследования и учета несчастных случаев на производстве, и Положения об особенностях расследования несчастных случаев на производстве в отдельных отраслях и организациях". Приказом Минздравсоцразвития РФ от 15 апреля 2005 г. N 275 "О формах документов, необходимых для расследования несчастных случаев на производстве" утверждены учетная форма N 315/у "Медицинское заключение о характере полученных повреждений здоровья в результате несчастного случая на производстве и степени их тяжести", учетная форма N 316/у "Справка о заключительном диагнозе пострадавшего от несчастного случая на производстве", а также рекомендации по их заполнению.

7. Частью 2 комментируемой статьи устанавливается, что **сведения о принятом решении** об оплате расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве **направляются ТФОМС не позднее 10 дней со дня принятия решения исполнительными органами Фонда социального страхования РФ** в порядке, установленном Фондом социального страхования РФ по согласованию с ФФОМС. Такой порядок утвержден Приказом Фонда социального страхования РФ от 8 декабря 2010 г. N 261 "Об утверждении порядка направления сведений о принятом решении об оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве" по согласованию с ФФОМС.

В соответствии с указанным Порядком исполнительный орган Фонда социального страхования РФ не позднее 10 дней со дня принятия решения об оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве направляет ТФОМС установленные сведения, а именно:

- наименование исполнительного органа Фонда социального страхования РФ, принявшего решение об оплате расходов на лечение застрахованного лица;

- наименование ТФОМС;

- фамилию, имя, отчество, дату рождения застрахованного лица, в отношении которого принято решение об оплате расходов на лечение;

- наименование документа, удостоверяющего личность застрахованного лица, его серию, номер, дату выдачи, наименование выдавшего органа;

- дату несчастного случая на производстве;

- наименование страхователя;

- диагноз, дату начала лечения;

- наименование медицинской организации, в которой осуществляется лечение застрахованного лица, адрес, телефон.

При этом исполнительный орган Фонда социального страхования РФ направляет сведения о принятом решении об оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве на бумажном носителе, заверенные подписью руководителя исполнительного органа Фонда социального страхования РФ и скрепленные печатью с указанием даты составления, фамилии и инициалов исполнителя, а также, при наличии технической возможности, - в электронном виде. На исполнительный орган Фонда социального страхования РФ и ТФОМС возложена обязанность по **обеспечению конфиденциальности сведений**, передаваемых в рамках Порядка, в соответствии с установленными законодательством Российской Федерации требованиями по защите персональных данных. Отношения по защите персональных данных работника урегулированы главой 14 ТК РФ - "Защита персональных данных работника" и иными федеральными законами, среди которых следует назвать: ФЗ "О персональных данных", Федеральные законы от 27 июля 2004 г. N 79-ФЗ "О государственной гражданской службе Российской Федерации", от 27 мая 2003 г. N 58-ФЗ "О системе государственной службы Российской Федерации".

8. Частью 3 комментируемой статьи устанавливается **порядок направления ТФОМС сведений**, указанных в ч. 2 рассматриваемой статьи (сведения о принятом решении об оплате расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве), **страховым медицинским организациям и (или) другим ТФОМС**. В частности, определяется, что ТФОМС направляет эти сведения в порядке, установленном Правилами ОМС. Регулированию вопроса о порядке направления соответствующих сведений посвящен раздел VIII Правил ОМС - "Порядок направления территориальным фондом сведений о принятом решении об оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве".

В соответствии с п. 117 Правил ОМС 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 территориальными органами Фонда социального страхования РФ ТФОМС в порядке, установленном Фондом социального страхования РФ по согласованию с ФФОМС. Речь идет о Порядке, утвержденном Приказом Фонда социального страхования РФ от 8 декабря 2010 г. N 261, на который имеется ссылка и в ч. 2 комментируемой статьи.

ТФОМС в течение трех рабочих дней со дня получения соответствующих сведений от территориального органа Фонда социального страхования РФ на основании регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц в сфере ОМС **идентифицирует застрахованных лиц, указанных в сведениях**, и передает требуемые сведения о них соответствующим страховым медицинским организациям и (или) другим ТФОМС. В течение пяти рабочих дней с даты получения сведений должны быть переданы:

- фамилия, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица;

- номер полиса ОМС;

- дата рождения;

- наименование документа, удостоверяющего личность;

- серия и номер документа, удостоверяющего личность;

- наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность;

- дата выдачи документа, удостоверяющего личность;

- дата несчастного случая на производстве;

- дата начала лечения;

- диагноз;

- наименование медицинской организации;

- ОГРН медицинской организации в соответствии с ЕГРЮЛ; адрес медицинской организации;

- номер телефона медицинской организации с кодом города.

Данные сведения передаются в электронном виде с использованием средств криптографической защиты информации и электронной цифровой подписи с соблюдением требований законодательства Российской Федерации по защите персональных данных. При технической невозможности обеспечения электронной цифровой подписи подлинность сведений, представленных в электронном виде, должна подтверждаться реестром на бумажном носителе, при этом реестр должен содержать дату его составления, подпись, фамилию, имя, отчество (при наличии) исполнителя, быть заверен подписью директора ТФОМС и скреплен печатью ТФОМС.

Глава 6. ПРАВОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА

И ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА

Статья 33. Правовое положение, полномочия и органы управления Федерального фонда

Комментарий к статье 33

1. В ч. 1 комментируемой статьи приводятся нормативные акты, которые определяют **правовое положение ФФОМС**. Согласно комментируемой норме к ним отнесены Федеральный закон о государственных социальных фондах, комментируемый Закон, иные федеральные законы и Устав ФФОМС, который утверждается Правительством РФ. Приведенные нормативные акты расположены по юридической силе от большего к меньшему (по сути, Устав ФФОМС - это подзаконный нормативный акт, а предшествующие ему - федеральные законы).

При этом комментируемая статья содержит противоречивые положения. Так, в ней говорится, что нормативным актом, который обладает большей юридической силой при определении правового положения ФФОМС, является федеральный закон о государственных социальных фондах. Одновременно указывается, что правовой статус ФФОМС определяется также Уставом ФФОМС.

В то же время ч. 13 ст. 51 комментируемого Закона устанавливает временный режим правового положения ФФОМС и ТФОМС до дня вступления в силу федерального закона о государственных социальных фондах. Устав ФФОМС и Типовое положение о ТФОМС действуют лишь до начала действия такого закона о государственных социальных фондах.

В настоящее время такой закон не принят, нет и законопроекта о государственных социальных фондах, и поэтому действует Устав ФФОМС, утвержденный Постановлением Правительства РФ от 29 июля 1998 г. N 857.

Таким образом, в настоящее время правовое положение ФФОМС определяется комментируемым Законом, некоторыми иными федеральными законами (например, НК РФ, БК, ГК РФ), а также Уставом ФФОМС.

В связи с этим интересно содержание п. 2 Устава ФФОМС, в котором сказано, что ФФОМС осуществляет свою деятельность в соответствии с Конституцией РФ, федеральными конституционными законами, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента РФ, постановлениями и распоряжениями Правительства РФ, нормативными правовыми актами Минздрава России и Уставом ФФОМС. Данная норма значительно отличается от ст. 33 комментируемого Закона. Однако, поскольку она содержится в подзаконном акте, то не может противоречить комментируемой норме, и ее стоит толковать буквально: п. 2 Устава ФФОМС не определяет правовое положение ФФОМС, а лишь указывает, какими нормативными актами руководствуется ФФОМС в своей деятельности.

2. Частично правовое положение ФФОМС также раскрывается в ст. 13 настоящего Федерального закона (см. [комментарий к ст. 13](#Par1154)). Согласно пп. 3 и 4 Устава ФФОМС последний является юридическим лицом - самостоятельным государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением, имеет самостоятельный баланс, обособленное имущество, счета в учреждениях Центрального банка РФ и других кредитных организациях, печать со своим наименованием, штампы и бланки установленного образца.

Имущество ФФОМС является федеральной собственностью и закрепляется за ним на праве оперативного управления. Формирование и исполнение бюджета ФФОМС осуществляется в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации (что, с одной стороны, означает включение ФФОМС в бюджетный процесс России, а с другой стороны, указывает на необходимость принятия нормативного акта - бюджета ФФОМС).

ФФОМС ежегодно составляет и представляет в Минздрав России проект бюджета ФФОМС на очередной финансовый год и плановый период и проект отчета об исполнении бюджета, а также бюджетную отчетность, составляемую в порядке, установленном Минфином России. В соответствии с п. 23.2 Устава ФФОМС, Приказом Минздрава России от 13 июня 2013 г. N 376н "Об организации плановых проверок деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования" Минздрав осуществляет плановые проверки ФФОМС.

Правительством РФ в Постановлении от 29 декабря 2008 г. N 1060 "Вопросы федерального фонда обязательного медицинского страхования" устанавливается предельная штатная численность и фонд оплаты труда работников ФФОМС. Работники ФФОМС по размеру оплаты труда, условиям медицинского и бытового обслуживания приравниваются к работникам федеральных агентств, подведомственных федеральным министерствам.

Таким образом, можно говорить, что ФФОМС подотчетен Минздраву России, Минфину России, Правительству РФ.

В качестве особенности ФФОМС необходимо также указать, что ликвидирован ФФОМС может быть лишь на основании федерального закона.

3. Часть 2 комментируемой статьи определяет **органы управления ФФОМС**, которыми названы правление ФФОМС и председатель ФФОМС. Таким образом, в ФФОМС применяется двухзвенная система управления. При этом ч. 3 - 6 комментируемой статьи посвящены более подробному освещению деятельности Правления. Фигуре председателя ФФОМС посвящена дополнительно лишь ч. 7 комментируемой нормы. Следовательно, высшим органом управления ФФОМС является **правление ФФОМС**. Этот вывод подтверждается положениями Устава ФФОМС, по которому председатель ФФОМС назван исполнительным органом.

3.1. Как следует из ч. 3 комментируемой статьи, **правление ФФОМС** является коллегиальным органом, определяющим основные направления деятельности ФФОМС и осуществляющим текущий контроль за его деятельностью. К его компетенции относятся вопросы:

1) утверждения перспективных планов работы ФФОМС;

2) рассмотрения проектов бюджета ФФОМС и отчетов о его исполнении, утверждение годовых отчетов о результатах деятельности ФФОМС;

3) рассмотрения разрабатываемых ФФОМС проектов нормативных актов по совершенствованию системы ОМС;

4) принятия решений о внесении в установленном порядке предложений по определению норматива средств на содержание ФФОМС, о рекомендациях по определению норматива средств на содержание ТФОМС и страховых медицинских организаций.

Как видно, правление ФФОМС не занимается текущей деятельностью ФФОМС, но осуществляет контроль за ней.

Согласно ч. 4 комментируемой статьи и п. 19 Устава ФФОМС в состав правления ФФОМС входят 11 человек. Персональный состав ФФОМС утверждается Правительством РФ на срок 3 года по представлению руководителя Минздрава РФ. При этом министр здравоохранения РФ не просто входит в правление ФФОМС по должности, но и является председателем правления ФФОМС также по должности, то есть руководитель Минздрава РФ одновременно возглавляет правление ФФОМС.

Председатель ФФОМС входит в правление ФФОМС также по должности.

Помимо указанных лиц в состав правления ФФОМС могут входить представители федеральных органов законодательной и исполнительной власти, общероссийских объединений работодателей, общероссийских объединений профсоюзов и иных общественных объединений. При включении в состав правления представителей общероссийских объединений работодателей и общероссийских объединений профсоюзов они входят в состав правления на паритетных началах (что означает наличие у них равных прав с иными членами правления ФФОМС). Федеральные органы законодательной и исполнительной власти и общественные объединения до истечения срока полномочий правления вправе внести в Правительство РФ предложения о замене кандидатур, ранее внесенных и утвержденных Правительством РФ в качестве членов правления. Данная норма Устава ФФОМС позволяет сохранять активных участников правления ФФОМС в тех случаях, когда член правления ФФОМС утратил связь с органом или общественным объединением, которые выдвинули его в правление.

3.2. Как уже говорилось, текущей деятельностью ФФОМС занимается **председатель ФФОМС**, он несет персональную ответственность за ее результаты и подотчетен правлению ФФОМС.

Председатель ФФОМС назначается на должность и освобождается от должности Правительством РФ по предложению министра здравоохранения РФ. В свою очередь председатель ФФОМС может иметь заместителей, которые назначаются на должность и освобождаются от должности Правительством РФ по предложению Министра здравоохранения РФ на основании предложения председателя ФФОМС.

**Председатель ФФОМС:**

1) действует от имени ФФОМС без доверенности;

2) распоряжается имуществом ФФОМС в установленном порядке;

3) заключает договоры;

4) открывает расчетный и другие счета;

5) представляет в Минздрав России проект Устава ФФОМС;

6) представляет в Минздрав России на утверждение:

- проект ежегодного плана и показателей деятельности ФФОМС и отчет об их исполнении;

- административные регламенты исполнения государственных функций;

- административные регламенты предоставления государственных услуг;

7) утверждает по согласованию с правлением структуру, штатное расписание и смету расходов ФФОМС;

8) издает приказы и дает указания, обязательные для исполнения всеми работниками ФФОМС;

9) по согласованию с правлением представляет в Минздрав России проекты федеральных законов о бюджете ФФОМС и о его исполнении;

10) по вопросам, относящимся к компетенции ФФОМС, утверждает нормативно-методические документы, обязательные для исполнения ТФОМС и страховыми медицинскими организациями, входящими в систему ОМС;

11) использует для выполнения задач, стоящих перед ФФОМС, финансовые средства в пределах утвержденных бюджета и сметы расходов;

12) принимает на работу и увольняет работников в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации;

13) организует учет и отчетность ФФОМС;

14) несет персональную ответственность за организацию в ФФОМС защиты сведений, составляющих государственную тайну, а также за несоблюдение установленных ограничений по ознакомлению со сведениями, составляющими государственную тайну.

Председатель ФФОМС решает все вопросы деятельности ФФОМС, кроме тех, которые в соответствии с Уставом ФФОМС входят в исключительную компетенцию правления ФФОМС, а также в компетенцию Минздрава России.

4. Часть 8 комментируемой статьи содержит перечисление **полномочий ФФОМС в сфере ОМС**. Устав ФФОМС фактически дублирует его. В целом указанные полномочия делятся на ряд групп.

**Дидактические полномочия** (пп. 1, 8, 16 - 19 ч. 8 комментируемой статьи), к которым относятся соответственно:

- участие в разработке программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (п. 1) (более подробно см. [комментарий к ст. 35](#Par2678));

- определение общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере ОМС (п. 8). Данное полномочие реализовано посредством принятия Приказа ФФОМС от 7 апреля 2011 г. N 79 "Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования", которым устанавливаются единые требования и правила информационного взаимодействия, применяемых участниками и субъектами системы ОМС. Указанные требования являются обязательными для всех информационных систем участников и субъектов ОМС, осуществляющих информационный обмен;

- осуществление международного сотрудничества в сфере ОМС (п. 16);

- право организовывать подготовку и дополнительное профессиональное образование, в том числе за пределами территории РФ, работников ФФОМС и участников ОМС в целях осуществления деятельности в сфере ОМС (п. 17). В развитие данного полномочия издан Приказ ФФОМС от 5 сентября 2017 г. N 219 "Об утверждении Положения об организации международного сотрудничества в сфере обязательного медицинского страхования, подготовке и дополнительном профессиональном образовании за пределами территории Российской Федерации работников Федерального фонда обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования";

- осуществление организации научно-исследовательской работы по вопросам ОМС, в том числе в целях реализации полномочий ФФОМС (п. 18). В рамках данной компетенции ФФОМС разрабатывает план научно-исследовательских работ ФФОМС, который также учитывается в перспективном плане ФФОМС на соответствующий год;

- принятие решения об образовании совещательных, координационных органов ФФОМС, утверждение их состава и порядка деятельности (п. 19). В развитие данного полномочия Приказом ФФОМС от 3 апреля 2013 г. N 76 утверждены Положение о Межрегиональном координационном совете по организации защиты прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере обязательного медицинского страхования и Положение о координационном совете по организации защиты прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации; также Приказом ФФОМС от 28 марта 2012 г. N 61 "О совете директоров фондов обязательного медицинского страхования" утверждено Положение о Совете директоров фондов ОМС (данный орган является консультативным и не входит в систему органов управления ФФОМС).

Другой группой полномочий ФФОМС являются **финансовые полномочия** (пп. 2, 2.1 ч. 8 комментируемой статьи), в соответствии с которыми ФФОМС:

- аккумулирует средства ОМС и управляет ими, формирует и использует резервы для обеспечения финансовой устойчивости ОМС в порядке, установленном Минздравом России (п. 2) (см. [комментарий к статьям 21](#Par1840) - [32 гл. 5](#Par2455)). В соответствии с официальным сайтом ФФОМС <100> в целях формирования доходной части бюджета ФФОМС осуществляется:

--------------------------------

<100> URL: http://www.ffoms.ru (дата обращения: 15 октября 2020 г.).

а) прогнозирование поступления доходов в бюджет ФФОМС на очередной финансовый год и плановый период на основании прогноза социально-экономического развития РФ;

б) ведение мониторинга поступления доходов в бюджет ФФОМС, анализ его результатов;

в) организационно-методическая поддержка ТФОМС по вопросам применения законодательства об ОМС в части регистрации и снятия с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан и уплаты ими страховых взносов;

г) ведение мониторинга применения страхователями для неработающих граждан законодательства об ОМС в части уплаты страховых взносов на ОМС неработающего населения и выполнения ТФОМС функций администратора доходов бюджета ФФОМС, поступающих от их уплаты;

д) организация взаимодействия с налоговыми и финансовыми органами, государственными внебюджетными фондами Российской Федерации по вопросам формирования доходов по ОМС.

При этом при прогнозировании доходов ФФОМС следует исходить из положений Методики прогнозирования поступлений доходов в консолидированный бюджет Российской Федерации на текущий год, очередной финансовый год и плановый период, утв. Приказом ФНС от 6 марта 2020 г. N ЕД-7-1/143@;

- осуществляет выравнивание финансовых условий деятельности ТФОМС в рамках базовой программы ОМС (п. 2.1) (см. [комментарий к статьям 21](#Par1840) - [32 гл. 5](#Par2455)).

Следующей группой полномочий ФФОМС являются **учетные полномочия** (пп. 3, 9, 10 - 14 ч. 8 комментируемой статьи), согласно которым ФФОМС:

- получает из ФНС, которая осуществляет контроль за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты (перечисления) страховых взносов на ОМС, необходимую информацию для осуществления ОМС (п. 3);

- ведет единый реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС (п. 9). В соответствии с п. 82 Правил ОМС ФФОМС осуществляет ведение единого реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС в Российской Федерации. Указанный единый реестр составляется из реестров страховых медицинских организаций, которые ведутся ТФОМС. Перечень сведений, включаемых в Реестр страховых медицинских организаций, определяется согласно п. 83 Правил ОМС. ФФОМС обеспечивает размещение на своем официальном сайте в сети Интернет единого реестра страховых медицинских организаций, а также контроль за соблюдением порядка включения (исключения) страховых медицинских организаций в реестр страховых медицинских организаций и мониторинг их деятельности в сфере ОМС;

- ведет единый реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС (п. 10). В указанный единый реестр входят реестры медицинских организаций субъектов РФ. Перечень сведений, включаемых в Единый реестр медицинских организаций, определяется согласно п. 101 Правил ОМС. Согласно п. 116 Правил ОМС ФФОМС обеспечивает контроль за соблюдением порядка включения (исключения) медицинских организаций в реестр медицинских организаций и мониторинг их деятельности в сфере ОМС;

- ведет единый реестр экспертов качества медицинской помощи в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (п. 11). Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС утвержден Приказом ФФОМС от 28 февраля 2019 г. N 36. Как следует из п. 109 указанного Приказа, единый реестр экспертов качества медицинской помощи является совокупностью электронных баз данных территориальных реестров экспертов качества медицинской помощи. При этом территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи содержит сведения об экспертах качества медицинской помощи, осуществляющих экспертизу качества медицинской помощи в рамках контроля в субъекте РФ, и является сегментом единого реестра экспертов качества медицинской помощи. Территориальный реестр ведется ТФОМС (подробнее см. [п. 6 комментария к ст. 40](#Par3433));

- ведет единый регистр застрахованных лиц (п. 12). Единый регистр ведется в соответствии с Порядком ведения персонифицированного учета в сфере ОМС. Единый регистр в соответствии с указанным нормативным актом представляет собой форму ведения персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах, является совокупностью его центрального и региональных сегментов и включает в себя сбор, обработку, передачу и хранение сведений о застрахованных лицах. ТФОМС при внесении изменений в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц формирует файлы с изменениями, которые направляет в ФФОМС для актуализации центрального сегмента единого регистра застрахованных лиц по мере необходимости, но не реже 1 раза в день при наличии изменений в сведениях о застрахованных лицах, а ФФОМС обеспечивает круглосуточный режим приема и обработки файлов с изменениями от ТФОМС;

- 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 (п. 13). Данное полномочие также основывается на Порядке ведения персонифицированного учета в сфере ОМС;

- в пределах своих полномочий проводит проверку достоверности информации, предоставленной субъектами ОМС и участниками ОМС, и проверку соблюдения требований к порядку и условиям ее предоставления, получения и использования (п. 14).

Еще одной группой являются полномочия, которые можно назвать **"властными"**, характерными для органов государственной власти (пп. 4, 5 - 7, 15 ч. 8 комментируемой статьи, а также подп. 21 п. 8 Устава ФФОМС). К ним относятся следующие полномочия ФФОМС:

- начисление в соответствии со ст. 25 комментируемого Закона и взыскание в судебном порядке со страхователей для неработающих граждан недоимки по страховым взносам на ОМС неработающего населения, штрафы и пени (п. 4). Данное полномочие является одним из важнейших и направлено на поддержание стабильности системы ОМС, а также ее финансовой устойчивости;

- установление форм отчетности и определение порядка ведения учета и порядка ведения отчетности оказанной медицинской помощи по ОМС (п. 5). Формы отчетности медицинских организаций устанавливаются Приказами ФФОМС от 16 августа 2011 г. N 146 "Об утверждении форм отчетности"; от 26 марта 2013 г. N 65 "Об установлении формы и порядка предоставления отчетности о заработной плате работников медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования";

- издание нормативных правовых актов и методических указаний в соответствии с полномочиями, установленными комментируемым Законом (п. 6). При этом нормативные акты ФФОМС, затрагивающие права и обязанности граждан, устанавливающие правовой статус организаций или носящие межведомственный характер, подлежат государственной регистрации в Минюсте России в соответствии с Указом Президента РФ от 20 марта 2001 г. N 318. Из данного полномочия ФФОМС видно, что комментируемой нормой опущена как минимум одна обязанность ФФОМС - обязанность регистрации определенных нормативных актов в Минюсте России.

Нормативные акты ФФОМС принимаются в соответствии с Правилами подготовки нормативных правовых актов федеральным фондом обязательного медицинского страхования и их государственной регистрации, утв. Приказом ФФОМС от 1 июня 2011 г. N 105;

- утверждение форм заявлений, реестров счетов, актов, иных документов, указанных в нормативных правовых актах, предусмотренных комментируемым Законом, и порядка их заполнения, если иное не установлено комментируемым Законом (п. 6.1);

- осуществление в установленном им Порядке контроля за соблюдением субъектами и участниками ОМС законодательства об ОМС и за использованием ими средств ОМС, в том числе проведение проверок и ревизий (п. 7). Порядок осуществления ФФОМС контроля за соблюдением законодательства об ОМС и за использованием средств ОМС утвержден Приказом ФФОМС от 19 декабря 2013 г. N 260. В соответствии с указанным Порядком контролируются субъекты и участники ОМС, а также уполномоченные органы исполнительной власти субъектов РФ, иные организации, получающие средства ОМС и (или) реализующие мероприятия, предусмотренные законодательством об ОМС. Контроль осуществляется путем проведения проверок и ревизий по месту нахождения объектов контроля или по месту фактического осуществления их деятельности.

Другой аспект указанного полномочия ФФОМС связан с контролем объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС. Так, Приказом ФФОМС от 28 февраля 2019 г. N 36 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" определяются мероприятия по проверке соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, реализуемые посредством медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи;

- обеспечение в пределах своей компетенции защиты сведений, составляющих информацию ограниченного доступа (п. 15);

- обеспечение в пределах своей компетенции защиты сведений, составляющих государственную тайну, соблюдение режима секретности (подп. 12 Устава ФФОМС).

Статья 34. Правовое положение, полномочия и органы управления территориального фонда

Комментарий к статье 34

1. В ч. 1 комментируемой статьи приводятся нормативные акты, которые определяют правовое положение ТФОМС. Согласно комментируемой норме к ним отнесены Федеральный закон о государственных социальных фондах, комментируемый Закон, иные федеральные законы и иные нормативные акты РФ, а также нормативные акты субъектов РФ. Таким образом, первый вывод, который можно сделать: правовое положение ТФОМС регулируется не только федеральным законодательством, но и законодательством субъектов РФ. При этом правовое положение ТФОМС в различных субъектах будет разным.

В комментируемой статье нет тех противоречий, которые обнаруживаются в ч. 1 ст. 33 настоящего Федерального закона (см. [комментарий к ст. 33](#Par2517)). Вместе с тем еще раз необходимо отметить, что закон о государственных социальных фондах не принят. Поэтому при определении правового положения ТФОМС необходимо исходить из ч. 13 ст. 51 комментируемого Закона, в соответствии с п. 2 которой правовое положение ТФОМС определено Приказом Минздравсоцразвития РФ от 21 января 2011 г. N 15н "Об утверждении Типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования".

Согласно п. 5 Типового положения ТФОМС территориальный фонд осуществляет свою деятельность в соответствии с Конституцией РФ, федеральными конституционными законами, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента РФ, постановлениями и распоряжениями Правительства РФ, нормативными правовыми актами Минздрава России и Типовым положением ТФОМС и нормативными актами субъекта РФ. Данная норма значительно отличается от ст. 34 комментируемого Закона, однако ее стоит толковать буквально: данный пункт не определяет правовое положение ТФОМС, а лишь указывает, какими нормативными актами руководствуется ТФОМС в своей деятельности.

2. В ч. 2 комментируемой статьи говорится о **задачах ТФОМС**. Однако прямо в комментируемой норме указана только одна задача, заключающаяся в том, что ТФОМС осуществляет **управление средствами ОМС в рамках программ ОМС** (базовой и территориальной) и в целях обеспечения финансовой устойчивости ОМС на территории субъекта РФ. Иные задачи не приведены в комментируемом Законе, но указываются в Типовом положении ТФОМС. К ним отнесены (пп. 6.1 - 6.4):

- обеспечение предусмотренных законодательством РФ прав граждан в системе ОМС;

- обеспечение гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы ОМС и базовой программы ОМС;

- создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ ОМС;

- обеспечение государственных гарантий соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по ОМС в рамках базовой программы ОМС независимо от финансового положения страховщика.

Из перечисленных задач, указанных в Типовом положении ТФОМС, лишь последняя по своему содержанию частично совпадает с той задачей, которая указана в комментируемом Законе.

3. Части 3 и 6 комментируемой статьи посвящены имущественным основам ТФОМС и его контролю и подчиненности.

В ч. 3 рассматриваемой статьи говорится об **имущественной обособленности ТФОМС** как юридического лица. Отсюда вытекают нормы Типового положения ТФОМС, в которых определено, что ТФОМС является юридическим лицом, созданным в соответствии с законодательством РФ.

Согласно ч. 6 комментируемой статьи ТФОМС находится в **двойном подчинении**: федеральном и подчинении субъекта РФ. На федеральном уровне ТФОМС подчиняется ФФОМС, на уровне субъекта РФ - высшему органу государственной власти субъекта РФ (п. 2 Типового положения ТФОМС). Однако помимо указанной подчиненности имеется также и **ведомственная подчиненность**, осуществляемая как со стороны Минздрава России, так и со стороны министерства здравоохранения соответствующего субъекта РФ. Такое подчинение обосновано тем, что средства, которые распределяются ТФОМС, направляются и по линии ФФОМС, и из бюджетов соответствующих субъектов РФ.

Типовым положением ТФОМС особо отмечено право ТФОМС на создание филиалов и представительств, что отличает его от ФФОМС, который не имеет обособленных подразделений.

Вопросы имущества ТФОМС следует разделить на связанные с его статусом и связанные с решением задач ТФОМС.

Во-первых, в ч. 3 комментируемой статьи говорится, что имущество ТФОМС является государственной собственностью соответствующего субъекта РФ и используется на праве оперативного управления. Согласно п. 14 Типового положения ТФОМС средства бюджета ТФОМС не входят в состав иных бюджетов бюджетной системы РФ и изъятию не подлежат, а имущество, приобретаемое ТФОМС за счет средств ОМС, также является собственностью соответствующего субъекта РФ.

Во-вторых, в пп. 10 - 12, 13 Типового положения ТФОМС определяются доходы и расходы ТФОМС, нормированный страховой запас, платежи субъекта РФ, правовое положение средств ТФОМС.

Так, к **доходам ТФОМС** отнесены:

- межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета ФФОМС в соответствии с законодательством РФ. Примером такого акта является Постановление Правительства РФ от 19 июня 2015 г. N 609 "О предоставлении в 2015 году из федерального бюджета иных межбюджетных трансфертов бюджетам субъектов Российской Федерации в целях улучшения лекарственного обеспечения граждан";

- платежи субъекта РФ на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы ОМС в пределах базовой программы ОМС в соответствии с комментируемым Законом. Порядок и условия таких платежей определяются законами соответствующих субъектов РФ;

- платежи субъекта РФ на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС и комментируемым Законом. Порядок и условия таких платежей определяются законами соответствующих субъектов РФ;

- доходы от размещения временно свободных средств (что говорит об определенной инвестиционной деятельности);

- межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта РФ, в случаях, установленных законом субъекта РФ;

- начисленные пени и штрафы, подлежащие зачислению в бюджет ТФОМС.

**Расходы ТФОМС** связываются с:

- выполнением территориальной программы ОМС;

- исполнением расходных обязательств субъекта РФ, возникающих при осуществлении органом государственной власти субъекта Российской Федерации полномочий (в том числе переданных Российской Федерацией) в сфере охраны здоровья граждан;

- ведением дела по ОМС страховыми медицинскими организациями;

- выполнением функций органа управления ТФОМС.

4. Части 4 и 5 комментируемой статьи посвящены **органам управления ТФОМС**. Управление ТФОМС в определенной степени копирует модель управления, установленную для ФФОМС. Высшим органом управления ТФОМС является правление. Общее же руководство деятельностью ТФОМС осуществляется директором ТФОМС.

В соответствии с ч. 5 комментируемой статьи, а также положениями пп. 21 - 24 Типового положения ТФОМС **правление** является коллегиальным органом, определяющим основные направления деятельности ТФОМС и осуществляющим текущий контроль за его деятельностью. Состав правления ТФОМС утверждается высшим исполнительным органом власти субъекта РФ, также им определяется порядок проведения заседаний и принятия решений правлением ТФОМС. Отдельно отмечается, что правление ТФОМС не вправе осуществлять административно-хозяйственные и организационно-распорядительные функции, которые переданы директору ТФОМС.

**Директор** ТФОМС назначается на должность и освобождается от должности высшим исполнительным органом государственной власти субъекта РФ по согласованию с ФФОМС. В п. 20 Типового положения о ТФОМС определены полномочия директора ТФОМС, являющиеся, как уже говорилось, административно-хозяйственными (открытие счетов, ведение учета и отчета), организационно-распорядительными (определение предельной численности, структуры ТФОМС, распределение обязанностей между заместителями), а также направленными на исполнение функций страховщика.

5. В ч. 7 комментируемой статьи перечисляются **полномочия ТФОМС как страховщика**. Указанные полномочия в значительной степени повторяют полномочия ФФОМС за некоторым отличием. Фактически эти же полномочия приводятся в Типовом положении ТФОМС в п. 8. Однако помимо полномочий ТФОМС в Типовом положении ТФОМС указываются еще и функции ТФОМС.

Упомянутые различия и отдельное указание функций ТФОМС связаны с тем, что ТФОМС выполняет **отдельные полномочия страховщика** (согласно ч. 2 ст. 13 комментируемого Закона). Кроме того, ТФОМС в части территориальных программ ОМС выполняет **полномочия страховщика**, то есть выступает региональным страховщиком в сфере ОМС (ч. 3 ст. 13). Поэтому подобное деление следует признать оправданным. ТФОМС осуществляют полномочия страховщика в части установленных территориальными программами ОМС дополнительных объемов страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой ОМС, а также оснований, перечней страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи, дополняющих установленные базовой программой ОМС.

В этом случае ТФОМС согласно ч. 7 ст. 34 комментируемого Закона принимает **участие в разработке территориальной программы** государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и осуществляет **финансовое обеспечение реализации программы** путем аккумулирования страховых платежей, уплачиваемых страхователями, в части, которая предназначена для реализации дополнительных объемов по территориальным программам (т.е. не за счет средств, которые уплачиваются в ФФОМС).

Также за ТФОМС закрепляются нормотворческие функции и функции контроля за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций.

Среди полномочий, которые не были рассмотрены в [комментарии к ст. 33](#Par2517) настоящего Федерального закона применительно к ФФОМС, следует назвать следующие:

1) полномочие по **утверждению** для страховых медицинских организаций **дифференцированных подушевых нормативов** в порядке, установленном Правилами ОМС (указанные нормативы предназначены для определения размера финансовых средств для финансирования страховых медицинских организаций в расчете на одно застрахованное лицо, с учетом различия в затратах на оказание медицинской помощи отдельным группам застрахованных лиц в зависимости от пола, возраста);

2) три **судебных полномочия**:

- предъявление в интересах застрахованного лица требований к страхователю, страховой медицинской организации и медицинской организации, в том числе в судебном порядке, связанных с защитой его прав и законных интересов в сфере ОМС;

- предъявление претензии и (или) иска к медицинской организации о возмещении имущественного или морального вреда, причиненного застрахованному лицу;

- предъявление иска 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;

3) важнейшим полномочием следует признать право на проверку достоверности сведений о застрахованных лицах, предоставленных страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями. Информацию ТФОМС получают в рамках информационного взаимодействия, предусмотренного ст. 49 комментируемого Закона.

Несмотря на то что **функции ТФОМС** в комментируемой норме не указываются, их осуществление является важной составляющей его деятельности как самостоятельного участника отношений по ОМС, регионального страховщика.

Согласно п. 9 Типового положения ТФОМС территориальными фондами ОМС осуществляются 24 перечисленные в данной норме функции, но их перечень не ограничен, поскольку п. 9.25 Типового положения ТФОМС устанавливается, что ТФОМС вправе осуществлять и иные функции в установленной сфере деятельности, если они предусмотрены федеральными законами, нормативными правовыми актами Президента РФ и Правительства РФ.

6. В ч. 8 и 9 комментируемой статьи говорится о **порядках осуществления расчетов за оказанную медицинскую помощь** застрахованным лицам в зависимости от той территории, в которой она оказывалась.

6.1. В ч. 8 рассматривается ситуация, когда медицинская помощь была оказана **в пределах России, но за пределами субъекта РФ, в котором выдан полис ОМС**. Данные расчеты называются межтерриториальными.

**Межтерриториальные расчеты** осуществляются при следующих условиях:

- ТФОМС по месту оказания медицинской помощи осуществляет расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта РФ, в котором выдан полис ОМС, в объеме, установленном базовой программой ОМС, не позднее 25 дней с даты представления счета (реестра счетов) медицинской организацией с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

- ТФОМС субъекта РФ, в котором выдан полис ОМС, осуществляет возмещение средств ТФОМС по месту оказания медицинской помощи не позднее 25 дней с даты получения счета (реестра счетов), предъявленного ТФОМС 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.

Рассмотрим подробнее **Порядок межтерриториальных расчетов**, который регулируется рядом положений раздела X Правил ОМС.

ТФОМС субъекта РФ, на территории которого оказана медицинская помощь, должен принять меры по исключению оплаты за счет средств ОМС медицинской помощи, оказанной непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве, застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис.

ТФОМС осуществляет расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта РФ, в котором выдан полис, в объеме, установленном базовой программой (собственно, это и называется межтерриториальными расчетами), за счет **средств нормированного страхового запаса ТФОМС**.

ТФОМС по месту оказания медицинской помощи проводит **медико-экономический контроль** предъявленного медицинской организацией счета и реестра счетов (см. [п. 3 комментария к ст. 40](#Par3266)) и при отсутствии дефектов и нарушений, требующих дополнительного рассмотрения реестра, осуществляет **оплату оказанной медицинской помощи**. При наличии причин, требующих дополнительного рассмотрения реестра, ТФОМС по месту оказания медицинской помощи организует и проводит медико-экономическую экспертизу и (или) экспертизу качества медицинской помощи. ТФОМС по месту оказания медицинской помощи не позднее 25-ти рабочих дней с даты представления счета медицинской организацией производит его оплату с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС и направляет ТФОМС по месту страхования счет.

ТФОМС по месту страхования не позднее 25-ти рабочих дней с даты получения счета в электронном виде проводит **медико-экономический контроль счета**, возмещение средств по счету с учетом результатов проведенного медико-экономического контроля и при наличии причин, требующих дополнительного рассмотрения, направляет в ТФОМС по месту оказания медицинской помощи **акт о причинах, требующих дополнительного рассмотрения**, в котором указываются позиции счета, не принятые к возмещению полностью или частично, с указанием причин их дополнительного рассмотрения. Образец акта о причинах, требующих дополнительного рассмотрения, приводится в приложении N 16 к Методическим указаниям по представлению информации в сфере ОМС.

Затем ТФОМС по месту оказания медицинской помощи не позднее 25-ти рабочих дней с даты получения в электронном виде данного акта и протокола обработки реестра проводит **медико-экономическую экспертизу и (или) экспертизу качества медицинской помощи страховых случаев по не принятым к возмещению частично или полностью позициям счета** (см. [пп. 4](#Par3294) и [5 комментария к ст. 40](#Par3343)) и повторно направляет по ним исправленную часть счета с приложением сведений о результатах проведенной медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества указанных страховых случаев в ТФОМС по месту страхования. Позиции счета, требующие повторного рассмотрения, принимаются ТФОМС по месту оказания медицинской помощи по факту поступления от ТФОМС по месту страхования в электронном виде с составлением **акта о суммах, не принятых к возмещению по выставленному счету**. Образец акта о причинах, не принятых к оплате по выставленному счету, приводится в Приложении N 17 к Методическим указаниям по представлению информации в сфере ОМС. При получении дополнительной информации к позициям счета принятые суммы возмещаются. Оплата **исправленной части счета** производится ТФОМС по месту страхования **не позднее 10 рабочих дней** с даты получения информации от ТФОМС по месту оказания медицинской помощи в электронном виде.

**Межтерриториальные расчеты не производятся** в отношении медицинской помощи по видам, не входящим в базовую программу ОМС.

В случае выявления по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи ТФОМС по месту оказания медицинской помощи фактов **излишне уплаченных сумм за прошлые годы** за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта РФ, в котором выдан полис ОМС, указанные суммы подлежат возврату в бюджет ТФОМС по месту страхования. В указанных целях проводится сверка расчетов по счетам и составляются акты сверки согласно пп. 178 - 180 Правил ОМС и по образцу, приведенному в Приложении N 18 к Методическим указаниям по представлению информации в сфере ОМС.

6.2. В ч. 9 комментируемой статьи содержится норма, регулирующая порядок расчетов ТФОМС за **медицинскую помощь, которая была оказана за пределами России**. Из данной нормы вытекают следующие особенности и условия оплаты медицинской помощи, оказывавшей за рубежом:

1) медицинская помощь застрахованным лицам оказывается в соответствии с законодательством РФ;

2) медицинская помощь оказывается медицинскими организациями, созданными в соответствии с законодательством РФ;

3) медицинская помощь, оказанная за рубежом, должна относиться к видам медицинской помощи, установленным базовой программой за счет средств ОМС;

4) оплата за медицинскую помощь, оказанную за пределами территории РФ, осуществляется ТФОМС, в котором выдан полис ОМС;

5) порядок оказания помощи медицинскими организациями, находящимися за рубежом, определяется разделом XIII Правил ОМС.

Рассмотрим установленный положениями указанного нормативного акта **порядок оказания видов медицинской помощи, установленных базовой программой ОМС, застрахованным лицам** за счет средств ОМС в медицинских организациях, созданных в соответствии с законодательством РФ и находящихся **за пределами территории РФ**.

Медицинская организация, находящаяся за пределами Российской Федерации, оказавшая медицинскую помощь застрахованному лицу при возникновении страхового случая, формирует и направляет **счет и реестр счетов за медицинскую помощь в ТФОМС по месту страхования застрахованного лица** (субъекту РФ, где выдан полис) не позднее 10 рабочих дней месяца, следующего за месяцем завершения случая оказания медицинской помощи. Образец реестра счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам медицинской организацией, находящейся за пределами Российской Федерации, приводится в Приложении N 19 к Методическим указаниям по представлению информации в сфере ОМС. В реестр счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам медицинской организацией, находящейся за пределами Российской Федерации, вносятся персонифицированные сведения о пролеченном застрахованном лице, наименование страховой медицинской организации, выдавшей полис ОМС застрахованному лицу, и персонифицированные сведения об оказанной медицинской помощи на основе данных медицинской документации. При этом сведения о пролеченном ребенке до государственной регистрации рождения вносятся в реестр на основе персонифицированных данных о матери ребенка или другого законного представителя в соответствии с документами (паспорт, полис ОМС, СНИЛС при наличии). Реестр подписывается руководителем и главным бухгалтером медицинской организации с расшифровкой подписей, с указанием даты подписания; подписи скрепляются печатью организации. Представление реестра счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам медицинской организацией, находящейся за пределами Российской Федерации, осуществляется в электронном виде в соответствии с Порядком ведения персонифицированного учета в сфере ОМС. При технической невозможности представления в электронном виде с соблюдением требований к электронной цифровой подписи подлинность сведений, представленных в электронном виде, подтверждается документом в бумажном виде.

**ТФОМС по месту страхования** застрахованного лица осуществляет контроль объемов, сроков, качества и условий оказанной медицинской помощи путем организации проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи (см. [комментарий к ст. 40](#Par3224)). Медико-экономический контроль проводится ТФОМС в течение 10 рабочих дней с даты предъявленного счета и реестра; при отсутствии причин, требующих дополнительного рассмотрения реестра, ТФОМС осуществляет оплату оказанной медицинской помощи. ТФОМС в течение 25 рабочих дней с даты получения счета в электронном виде осуществляет оплату медицинской помощи с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Оплата осуществляется за счет средств нормированного страхового запаса ТФОМС.

**Сверка расчетов по счетам** проводится ежегодно перед составлением годовой бухгалтерской отчетности за период с 1 октября предыдущего отчетного года по 30 сентября отчетного года включительно с составлением акта сверки. Образец акта сверки расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинской организацией, находящейся за пределами Российской Федерации, приводится в Приложении N 20 к Методическим указаниям по представлению информации в сфере ОМС. ТФОМС направляет указанные акты до 15 ноября отчетного года в медицинскую организацию, оказавшую помощь застрахованному лицу за рубежом. Указанная медицинская организация, получившая акт сверки счетов, производит сверку данных и один экземпляр акта сверки в срок до 15 декабря отчетного года направляет в ТФОМС.

Медицинская организация, находящаяся за пределами РФ, представляет **отчетность о деятельности в сфере ОМС** в ТФОМС, в реестр медицинских организаций которого она включена.

Глава 7. ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Статья 35. Базовая программа обязательного медицинского страхования

Комментарий к статье 35

1. Настоящая статья дает понятие **базовой программы ОМС**. В ч. 1 комментируемой статьи приводится ее легальное определение. Так, под **базовой программой ОМС** понимается составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой Правительством РФ. Из данного определения в качестве признаков базовой программы ОМС можно выделить, что:

1) базовая программа входит в программу госгарантий бесплатного оказания медицинской помощи;

2) базовая программа фактически утверждается Правительством РФ, то есть является нормативным актом.

В свою очередь, программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи - это подзаконный нормативный акт, утверждаемый Постановлением Правительства РФ (например, Постановление Правительства РФ от 7 декабря 2019 г. N 1610 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов").

Содержание программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи определяется в ч. 5 ст. 80 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ". Согласно указанной норме базовая программа ОМС является одной из составных частей программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Помимо этого, данная программа устанавливает:

- перечень видов, форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно;

- перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно;

- категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно;

- средние нормативы объема медицинской помощи;

- средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи;

- средние подушевые нормативы финансирования;

- порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты;

- требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка и условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.

В соответствии с ч. 4 ст. 80 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи утверждается сроком на **три года** (на очередной финансовый год и на плановый период) Правительством РФ, которое ежегодно рассматривает представляемый Минздравом России доклад о ее реализации. Таким образом, с 2013 г. (после вступления в силу ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ") программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а следовательно, и базовая программа ОМС, утверждаются сроком на три года.

2. В ч. 2 и ч. 3 комментируемой статьи раскрывается **содержание базовой программы ОМС**. Перечисленные составные части базовой программы ОМС раскрываются в законодательстве об ОМС и в подзаконных актах об ОМС по-разному.

В базовую программу ОМС должны входить:

1) **виды медицинской помощи** (включая перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи), **перечень страховых случаев**.

Виды медицинской помощи и случаи ее оказания (перечень страховых случаев) определяются в ч. 6 комментируемой статьи (см. [п. 5 комментария к настоящей статье](#Par2737));

2) **структура тарифа на оплату медицинской помощи**.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи раскрывается в ч. 7 комментируемой статьи (см. [п. 6 комментария к настоящей статье](#Par2745));

3) **способы оплаты медицинской помощи**, оказываемой застрахованным лицам по ОМС.

Способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС, в комментируемой статье не раскрываются. Данный вопрос (о способах оплаты) вынесен законодателем за пределы комментируемого Закона в программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, что видно на примере Программы государственных гарантий на 2020 г. Так, в данной программе государственных гарантий способы оплаты приведены только в ч. 4, посвященной базовой программе ОМС. Это означает, что, во-первых, оплата бесплатного оказания медицинской помощи должна осуществляться в рамках ОМС, а во-вторых, именно базовая программа является ключевой составляющей Программы государственных гарантий на 2020 г. в части оплаты медицинской помощи.

Способы оплаты в упомянутой Программе государственных гарантий на 2020 г. зависят от вида и формы оказываемой медицинской помощи, места ее оказания.

**При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях**, применяются следующие способы оплаты:

а) по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

б) за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис ОМС, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

в) по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи).

**При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях**, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях), применяются следующие способы оплаты:

а) за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

б) за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

**При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара**, применяются следующие способы оплаты:

а) за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

б) за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

**При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации** (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), - по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

Таким образом, можно определить, что всего существует **три способа оплаты медицинской помощи**: 1) подушевой, 2) его разновидность - подушевой с учетом определенных показателей, 3) за единицу объема медицинской помощи. Примечательно, что все три способа оплаты медицинской помощи проявляются при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях. При этом можно выделить различия в реализации подушевого способа оплаты: подушевая оплата без учета факта оказания медицинской помощи и подушевая оплата по факту оказания медицинской помощи по тарифу за единицу объема помощи, то есть за одно обращение или посещение;

4) **критерии доступности и качества медицинской помощи.**

Критерии качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи. Доступность медицинской помощи определяется исходя из критериев базовой программы ОМС или территориальной программы ОМС, принимаемой соответствующим субъектом РФ.

Приказом Минздрава России от 10 мая 2017 г. N 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи" утверждены Критерии качества медицинской помощи. Критерии качества применяются в целях оценки своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата. Критерии качества применяются по группам заболеваний (состояний) и по условиям оказания медицинской помощи (в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и стационарных условиях).

Помимо указанных нормативных актов регулированию качества оказания медицинской помощи посвящен Приказ Минздрава России от 21 декабря 2012 г. N 1340н "Об утверждении Порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности".

Кроме того, критерии доступности и качества медицинской помощи устанавливаются в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (например, в Программе государственных гарантий на 2020 г. указанные критерии выделены в IX разделе);

5) **условия оказания медицинской помощи.**

Условия оказания медицинской помощи определяются на законодательном уровне, в частности, в ч. 3 ст. 32 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", а также в программах государственных гарантий (например, в Программе государственных гарантий на 2020 г.) и зависят от вида оказываемой медицинской помощи. Так, первичная медико-санитарная помощь оказывается бесплатно в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, в плановой и неотложной формах. Специализированная медицинская помощь оказывается бесплатно в стационарных условиях и в условиях дневного стационара. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;

6) **нормативы** объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, финансового обеспечения базовой программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо.

Средние нормативы объема медицинской помощи по видам, условиям и формам ее оказания определяются по базовой программе ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо. Средние нормативы объема медицинской помощи используются в целях планирования и финансово-экономического обоснования размера средних подушевых нормативов финансового обеспечения. Указанные нормативы устанавливаются соответствующими подзаконными актами. Так, в Программе государственных гарантий на 2020 г. им посвящены отдельные разделы (разделы VI - VII). Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи устанавливаются также по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, и является приложением к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов;

7) **расчет коэффициента удорожания базовой программы ОМС** (в действительности коэффициент удорожания базовой программы ОМС не устанавливается с 2011 г., что, скорее всего, обусловлено организационно-экономическими причинами: отсутствием значительного роста стоимости оказываемой медицинской помощи, необходимой для введения данного коэффициента).

3. В ч. 4 комментируемой статьи говорится, что страховое обеспечение в ОМС устанавливается исходя из стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи, установленных Минздравом России.

**Стандарты медицинской помощи** являются нормативными документами Минздрава России, разрабатываемыми в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, и включают в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения:

1) медицинских услуг;

2) зарегистрированных на территории РФ лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения;

3) медицинских изделий, имплантируемых в организм человека;

4) компонентов крови;

5) видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания;

6) иного, исходя из особенностей заболевания (состояния).

**Порядками оказания медицинской помощи** устанавливаются правила оказания медицинской помощи.

Стандарты медицинской помощи являются основой для установления размера страхового обеспечения территориальной программы ОМС и расчета тарифов на оплату медицинской помощи по территориальной программе ОМС, содержат перечень лекарственных препаратов по международному непатентованному наименованию, а также указание средних доз применения лекарственного средства, что позволяет формировать заявки медицинских организаций на приобретение препаратов с учетом индивидуальных особенностей пациентов.

Всего в России принято около 50 порядков и 800 стандартов оказания медицинской помощи.

4. В ч. 5 комментируемой статьи содержится важнейшая норма, устанавливающая **равенство прав застрахованных лиц вне зависимости от их места жительства на территории РФ**. В то же время с учетом ч. 9 ст. 34 комментируемого Закона застрахованные лица, которые временно оказались за пределами территории России, если медицинская помощь оказывается им медицинскими организациями, созданными по законодательству России, но находящимися за рубежом, также имеют равные права с гражданами, находящимися на территории РФ. Следовательно, ч. 9 ст. 34 комментируемого Закона существенно дополняет положения ч. 5 комментируемой статьи. Важно отметить, что между этими нормами нет противоречия.

5. В ч. 6 комментируемой статьи определяются **виды и случаи оказания медицинской помощи, которые финансируются за счет средств ОМС**. Перечисленные виды медицинской помощи определяются в ст. ст. 33 - 35 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ". В качестве таких видов медицинской помощи названы:

- **первичная медико-санитарная помощь**, включая профилактическую помощь. Первичная медицинская помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения (ч. 1 ст. 33 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ");

- **специализированная медицинская помощь**, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь. Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию (ч. 1 ст. 34 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ").

Высокотехнологичная медицинская помощь включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники (ч. 3 ст. 34 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ");

- **скорая медицинская помощь** (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами). Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (ч. 1 ст. 35 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ"). В комментируемой норме прямо указывается, что медицинская эвакуация (ч. 5 ст. 35 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ") не входит в базовую программу ОМС.

**Паллиативная помощь** не входит в базовую программу ОМС, являясь единственным видом медицинской помощи, не включенным в программу. В то же время в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи такая помощь может оказываться гражданам бесплатно, но не за счет средств ОМС.

**Случаи, при которых указанные виды медицинской помощи** (за исключением паллиативной) **оплачиваются за счет средств ОМС,** также указаны в ч. 6 комментируемой статьи. Всего в комментируемой норме перечисляется 20 случаев. Перечисленный в комментируемой норме перечень случаев не является исчерпывающим: он может быть расширен на основании решения Правительства РФ (см. [п. 7 комментария к настоящей статье](#Par2758)).

Перечень **видов высокотехнологичной медицинской помощи**, входящих в базовую программу ОМС, также устанавливается в ней. В Программе государственных гарантий на 2020 г. отдельно выделены виды высокотехнологичной медицинской помощи, не включенные в базовую программу ОМС, но оплачиваемые из средств ФФОМС. Таким образом, виды оказываемой высокотехнологичной медицинской помощи разделены на две группы в зависимости от порядка направления средств ФФОМС на их финансирование (см. также [комментарий к ст. 50.1](#Par4323)).

6. В ч. 7 комментируемой статьи говорится о **структуре тарифа на оплату медицинской помощи** и определяется совокупность входящих в него расходов (подробнее см. [п. 7 комментария к ст. 30](#Par2365)).

Структура тарифов на оплату медицинской помощи включает в себя два обобщенных элемента:

1) **расходы непосредственно на саму медицинскую помощь:**

- на приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов;

- 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);

2) **опосредованные производственные расходы:**

- на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты;

- на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества;

- на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг;

- на социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации;

- на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до 100 000 рублей за единицу;

- прочие расходы.

Само расходование средств ОМС, выделяемых из ФФОМС в соответствии с данным тарифом, подлежит строгой отчетности, чему посвящены отдельные нормы комментируемого Закона, а также Правил ОМС (см. [комментарий к ст. ст. 4](#Par458), [28](#Par2182), [29](#Par2210), [30](#Par2260) - [32](#Par2455), [38](#Par2923), [39](#Par3089) комментируемого Закона).

7. В ч. 8 комментируемой статьи упоминается право Правительства РФ предусматривать в базовой программе **дополнительные случаи оказания медицинской помощи, подлежащие включению в базовую программу ОМС**. Так, в Программе государственных гарантий на 2020 г. дополнительно указываются такие случаи, как психические расстройства и расстройства поведения, а также симптомы, признаки и отклонения от нормы, не отнесенные к заболеваниям и состояниям.

Кроме того, указанным нормативным актом установлены категории граждан, имеющих право на бесплатную медицинскую помощь при определенных обстоятельствах. Например, указано, что несовершеннолетние граждане имеют право на медицинские осмотры, в том числе профилактические медицинские осмотры, в связи с занятиями физической культурой и спортом, а беременные женщины имеют право на пренатальную (дородовую) диагностику нарушений развития ребенка. В целом следует констатировать, что указанные группы лиц выделяются в связи с их уязвимым состоянием (беременные, новорожденные, несовершеннолетние, дети-сироты) или для случаев предупреждения и выявления заболеваний (граждане при проведении профилактических осмотров и диспансеризаций).

7.1. Частью 8.1 комментируемой статьи, введенной Федеральным законом от 1 апреля 2020 г. N 98-ФЗ, предусмотрено, что в условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, Правительство РФ вправе установить **особенности реализации базовой программы обязательного медицинского страхования**.

Так, Постановлением Правительства РФ от 3 апреля 2020 г. N 432 "Об особенностях реализации базовой программы обязательного медицинского страхования в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией" установлены следующие особенности Программы государственных гарантий на 2020 г.:

- приостанавливается проведение профилактических мероприятий в части диспансеризации, в том числе пребывающих в стационарных организациях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью, и профилактических медицинских осмотров граждан, в том числе несовершеннолетних;

- продлеваются сроки действия выданных временных свидетельств, подтверждающих оформление полиса обязательного медицинского страхования на период действия настоящего Постановления и др.

Важно понимать, что внесение изменений в базовую программу может затрагивать и территориальные программы ОМС. Поэтому такой нормативный акт Правительства РФ должен регулировать и эти обстоятельства.

Например, в Постановлении Правительства РФ от 3 апреля 2020 г. N 432 предусмотрено следующее:

- в п. "е" закреплено, что в территориальной программе ОМС устанавливаются нормативы объема медицинской помощи при проведении лабораторных исследований, направленных на подтверждение диагноза заболевания, вызванного коронавирусом штамма COVID-19, а также нормативы финансовых затрат на одно исследование, то есть упомянуты случаи, когда изменение базовой программы касается и территориальной программы ОМС;

- в п. "л" указывается, что территориальные программы ОМС реализуются с учетом особенностей, указанных в подпунктах "а" - "е" п. 1 Постановления Правительства РФ от 3 апреля 2020 г. N 432, без внесения соответствующих изменений в территориальные программы ОМС.

8. В ч. 9 комментируемой статьи определяется соотношение юридической силы базовой и территориальных программ ОМС. Так, **базовая программа ОМС устанавливает требования к территориальным программам ОМС**, что означает возможность признания территориальной программы ОМС противоречащей федеральному законодательству полностью или в части при выявлении противоречий между базовой программой ОМС и территориальной программой (см. [комментарий к ст. 36](#Par2774)).

Пример. Решением Архангельского областного суда от 19 августа 2014 г. были удовлетворены требования о признании противоречащими федеральному законодательству отдельных положений Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Архангельской области на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, утв. Постановлением правительства Архангельской области от 11 октября 2013 г. N 473-пп. Решение суда первой инстанции было оставлено без изменения Определением Верховного Суда РФ от 26 ноября 2014 г. по делу N 1-АПГ14-17.

Статья 36. Территориальная программа обязательного медицинского страхования

Комментарий к статье 36

1. В ч. 1 комментируемой статьи дается легальное определение **территориальной программы ОМС**, которая понимается в качестве составной части территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Также указывается, что территориальная программа ОМС утверждается субъектами РФ, в порядке, установленном законодательством соответствующего субъекта РФ. Кроме того, в территориальной программе ОМС должны быть соблюдены требования базовой программы ОМС.

Отсюда можно выделить некоторые признаки территориальных программ ОМС.

**Во-первых**, территориальные программы ОМС (что также следует из их названия) касаются лишь определенных субъектов РФ (определенных территорий). Таким образом, количество территориальных программ должно равняться числу субъектов РФ.

**Во-вторых**, территориальные программы ОМС являются составной частью территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Поскольку соответствующие территориальные программы государственных гарантий принимаются в виде нормативных актов субъектов РФ, то территориальные программы ОМС также являются частями нормативных актов и содержат в себе нормы права, касающиеся ОМС.

**В-третьих**, территориальные программы ОМС не могут противоречить требованиям базовой программы ОМС в той части, в которой базовая программа ОМС затрагивает вопросы территориальных программ. В связи с этим признаком возникает ряд важных уточнений:

1) территориальные программы, поскольку нигде этого не предусмотрено, могли бы входить в законодательство об ОМС (в отличие от базовой программы ОМС), если бы принимались в виде законов соответствующих субъектов РФ. Однако фактически в субъектах РФ территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи принимаются в виде подзаконных актов, которые не входят в законодательство об ОМС (см. [комментарий к ст. 2](#Par233));

2) территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи должны соответствовать не только комментируемому Закону, но и ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" (ст. 81), базовой программе ОМС (точнее, всей программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи), а также закону субъекта РФ, регулирующему вопросы охраны здоровья граждан (например, Закон Свердловской области от 21 ноября 2012 г. N 91-ОЗ "Об охране здоровья граждан в Свердловской области");

3) в Программе государственных гарантий на 2020 г. требования к территориальной программе в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи установлены в VIII разделе.

2. Части 2 - 8 комментируемой статьи определяют **содержание территориальной программы ОМС**.

Согласно ч. 2 в нее **в обязательном порядке** входят:

- **виды и условия оказания медицинской помощи, перечень страховых случаев, установленные базовой программой ОМС** (включая перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащий в том числе методы лечения).

Необходимо отметить, что определение видов и условий оказания медицинской помощи, равно как и перечня страховых случаев, через базовую программу ОМС направлено на установление минимальных гарантий застрахованных лиц.

К примеру, Постановлением правительства Свердловской области от 25 декабря 2019 г. N 994-П "О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов" (далее - Территориальная программа гарантий Свердловской области на 2020 г.) предусмотрено, что территориальная программа ОМС включает виды медицинской помощи, перечень заболеваний, состояний и мероприятий в объеме базовой программы ОМС. Определяются мероприятия, осуществляемые на территории Свердловской области за счет средств ОМС в соответствии с базовой программой ОМС, в частности: диспансеризация и профилактические медицинские осмотры отдельных категорий граждан, медицинские осмотры несовершеннолетних, в том числе при поступлении в образовательные организации и в период обучения в них и др.;

- **нормативы объемов предоставления медицинской помощи** в расчете на одно застрахованное лицо. Территориальные нормативы объема медицинской помощи используются в целях планирования и финансово-экономического обоснования размера средних подушевых нормативов финансового обеспечения, предусмотренных территориальной программой;

- **нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи** в расчете на одно застрахованное лицо. Территориальные нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи рассчитываются в соответствии с действующей программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также необходимым уровнем финансового обеспечения медицинской помощи в текущем году и в плановый период;

- **нормативы финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо.** Подушевые нормативы финансирования, предусмотренные территориальной программой, отражают размер бюджетных ассигнований и средств ОМС, необходимых для компенсации затрат по бесплатному оказанию медицинской помощи за счет средств ОМС на 1 застрахованное лицо в год. Подушевые нормативы финансирования устанавливаются исходя из средних нормативов, предусмотренных действующей программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и рассчитанных в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 5 мая 2012 г. N 462 "О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования".

При этом в территориальной программе ОМС **могут предусматриваться** и **дополнительные страховые случаи, виды и условия оказания медицинской помощи** по сравнению с установленными базовой программой ОМС (ч. 7 комментируемой статьи).

Соответствующие положения содержатся, в частности, в:

- Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2019 г. и на плановый период 2020 и 2021 гг., утв. Постановлением правительства Москвы от 27 декабря 2018 г. N 1703-ПП;

- Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в городе Севастополе на 2020 г. и на плановый период 2021 и 2022 гг., утв. Постановлением правительства Севастополя от 27 декабря 2019 г. N 715-ПП).

Наиболее наглядно это выражено:

1) в Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области на 2020 г. и плановый период 2021 и 2022 гг., утв. Постановлением правительства Челябинской области от 19 декабря 2019 г. N 557-П, которая **в дополнение к базовой программе ОМС включает** (раздел IV):

- оказание ВИЧ-инфицированным больным (при наличии полиса ОМС) стационарной медицинской помощи (за исключением специфической противовирусной терапии) в специализированном инфекционном отделении ФГБОУ ВО "Южно-Уральский государственный медицинский университет" Минздрава России;

- оказание стационарной медицинской помощи в специализированном отделении по профилю медицинской помощи "онкология" в государственном бюджетном учреждении здравоохранения "Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины";

- обеспечение проезда пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, к месту лечения и обратно;

- оказание высокотехнологичной медицинской помощи по профилю "сердечно-сосудистая хирургия" с использованием метода лечения "баллонная вазодилатация с установкой стента в сосуд (сосуды)" в следующих медицинских организациях: "Городская больница N 3 г. Миасс", "Областная клиническая больница N 3", "Челябинская областная клиническая больница", "Городская больница N 3 г. Магнитогорск", "Центральная клиническая медико-санитарная часть" (г. Магнитогорск), "Дорожная клиническая больница на станции Челябинск открытого акционерного общества "Российские железные дороги", "Областная больница г. Троицк", Медицинский центр "Медеор", Городская клиническая больница N 8;

2) в Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Тюменской области на 2020 г. и на плановый период 2021 и 2022 гг., утв. Постановлением правительства Тюменской области от 27 декабря 2019 г. N 535-п, согласно которой **в рамках территориальной программы ОМС, превышающей базовую**, гражданам оказывается бесплатно (п. 2.2 раздела IV):

- скорая, скорая специализированная медицинская помощь, не включенная в базовую программу ОМС, скорая специализированная санитарно-авиационная медицинская помощь, осуществляемая центром медицины катастроф;

- первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь при заболеваниях, не включенных в базовую программу ОМС, санитарно-карантинные мероприятия и изоляция граждан, вернувшихся из стран, в которых зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV), а также проживающих или контактировавших с ними граждан в специально созданных для данного контингента пациентов медицинских организациях Тюменской области в целях снижения рисков распространения новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV);

- пренатальная (дородовая) диагностика нарушений развития ребенка у беременных женщин, неонатальный скрининг на 5 наследственных и врожденных заболеваний в части исследований и консультаций, осуществляемых медико-генетическими центрами (консультациями), а также медико-генетических исследований в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций;

- паллиативная медицинская помощь, оказываемая амбулаторно, в том числе на дому;

- медицинская помощь, оказываемая в врачебно-физкультурных диспансерах, центрах охраны здоровья семьи и репродукции, медико-генетических центрах (консультациях), центрах охраны репродуктивного здоровья подростков, центрах медицинской профилактики (за исключением первичной медико-санитарной помощи, включенной в базовую программу ОМС), центрах профессиональной патологии и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций;

- высокотехнологичная медицинская помощь, не включенная в базовую программу ОМС, по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи;

- предоставление в медицинских организациях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, государственной системы здравоохранения психологической помощи пациенту и членам семьи пациента, а также медицинской помощи врачами-психотерапевтами пациенту и членам семьи пациента, получающего паллиативную медицинскую помощь, или после его смерти в случае обращения членов семьи пациента в медицинскую организацию;

- проведения периодических медицинских осмотров добровольных пожарных;

- диспансерное обследование государственных гражданских служащих Тюменской области и муниципальных служащих Тюменской области;

- меры социальной поддержки отдельных категорий граждан (например, в форме возмещения расходов на изготовление и ремонт зубных протезов);

- обеспечение медицинской деятельности, связанной с донорством органов человека в целях трансплантации (пересадки).

3. В ч. 3 комментируемой статьи содержится важное уточнение о том, что норматив финансового обеспечения территориальной программы ОМС может **превышать установленный базовой программой ОМС** норматив финансового обеспечения базовой программы ОМС, если:

1) территориальной программой ОМС установлен дополнительный объем страхового обеспечения по страховым случаям;

2) установлен перечень страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой ОМС.

Появление данной нормы, с одной стороны, направлено на расширение прав и возможностей застрахованных лиц по ОМС, с другой стороны, указанная норма ограничивает случаи расходования средств ОМС только теми, которые предусмотрены в территориальной программе ОМС с учетом требований, установленных в комментируемой статье.

Пример. Медицинская организация оказывала первичную медико-санитарную помощь при туберкулезе, которая не была включена в базовую программу ОМС, а также отсутствовала в территориальной программе ОМС. Данное обстоятельство позволило судам сделать вывод о нецелевом расходовании средств ОМС (см. Постановление Арбитражного суда Уральского округа от 28 декабря 2015 г. N Ф09-10661/15 по делу N А76-5502/2015).

Часть 3 комментируемой статьи получает свое дальнейшее развитие в последующих частях комментируемой статьи. В ч. 4 определяется, за счет каких средств осуществляется финансовое обеспечение территориальной программы ОМС в указанных случаях (когда в нее включаются дополнительный объем страхового обеспечения по страховым случаям или дополнительные перечни страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи). Таким источником комментируемая норма называет **бюджеты субъектов РФ**, которые производят платежи в ТФОМС в размере, определяемом в виде **разницы между нормативами финансового обеспечения** территориальной программы ОМС и базовой программы ОМС с учетом численности застрахованных лиц на территории субъекта РФ.

В соответствии с ч. 7 ст. 26 комментируемого Закона размер и порядок уплаты платежей субъекта РФ, на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы ОМС в пределах базовой программы ОМС и на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС, устанавливаются законом субъекта РФ (подробнее см. [п. 8 комментария к ст. 26](#Par2146)).

Согласно ч. 5 комментируемой статьи в случае установления **дополнительного объема страхового обеспечения** территориальная программа ОМС должна предусматривать **перечень направлений использования средств ОМС**.

Так, Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Тюменской области на 2020 г. и на плановый период 2021 и 2022 гг. в разделе V предусматривает, что за счет средств бюджета Тюменской области, передаваемых в установленном порядке бюджету ТФОМС Тюменской области, финансируются мероприятия в рамках территориальной программы ОМС:

1) дополнительные объемы страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой ОМС:

- по амбулаторной медицинской помощи в части проведения мероприятий, направленных на раннее выявление онкологических заболеваний, включая скрининговые исследования;

- по медицинской помощи в условиях дневного стационара в части оказания вспомогательных репродуктивных технологий;

- по стационарной медицинской помощи в части оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи;

- расходы на дополнительную компенсацию работникам государственных учреждений и организаций, образованных в результате реорганизации этих учреждений, расположенных в районах с дискомфортными условиями проживания;

- расходы на дополнительные выплаты отдельным категориям медицинских работников государственных учреждений здравоохранения Тюменской области в соответствии с постановлениями Правительства Тюменской области;

2) страховые случаи, виды и условия оказания медицинской помощи, установленные в дополнение к базовой программе ОМС в соответствии с п. 2.2 раздела IV Территориальной программы.

Также за счет средств бюджета Тюменской области, передаваемых в установленном порядке бюджету ТФОМС Тюменской области, финансируются мероприятия в рамках соглашений с территориальным фондам ОМС Тюменской области:

- расходы на оказание медицинской помощи в экстренной или неотложной форме вне медицинских организаций, а также в амбулаторных и стационарных условиях, а также санитарно-карантинные мероприятия и изоляция граждан, вернувшихся из стран, в которых зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV), а также проживающих или контактировавших с ними граждан в специально созданных для данного контингента пациентов медицинских организациях Тюменской области в целях снижения рисков распространения новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV), не застрахованным по ОМС лицам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;

- оказание медицинской помощи в рамках государственной программы "Сотрудничество".

В Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области на 2020 г. и плановый период 2021 и 2022 гг. этим вопросам посвящен раздел V.

В ч. 7 комментируемой статьи содержится обязательное условие для территориальной программы ОМС при установлении в ней **дополнительного перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи** - он может включаться в территориальную программу ОМС, только если выполняются условия базовой программы ОМС. Отсюда, в частности, следует то, что территориальная программа ОМС не может изменить структуру тарифа на оплату медицинской помощи, исключив из него затраты, предусмотренные базовой программой ОМС.

В ч. 6 и 8 комментируемой статьи указывается, какие элементы должны определяться территориальной программой ОМС в рамках реализации базовой программы ОМС и при установлении в дополнение к ней перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи.

В территориальной программе ОМС **в рамках реализации базовой программы ОМС** должны определяться:

- способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС;

- структура тарифа на оплату медицинской помощи;

- медицинские организации, участвующие в реализации территориальной программы ОМС;

- условия оказания медицинской помощи в них;

- целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи.

Перечисленные требования - это обязательное содержание территориальной программы ОМС. Так, в Территориальной программе гарантий Свердловской области на 2020 г. способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС, и структура тарифа на оплату медицинской помощи закреплены в 4 главе; реестр медицинских организаций приведен в приложении N 4; условия оказания медицинской помощи определены в приложении N 5; целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи - в приложении N 7.

В частности, установлено, что **тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС** устанавливаются тарифным соглашением между Министерством здравоохранения Свердловской области, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Свердловской области, представителями страховых медицинских организаций, медицинских профессиональных некоммерческих организаций, созданных в соответствии со ст. 76 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), включенными в состав комиссии по разработке территориальной программы ОМС, создаваемой в порядке, установленном комментируемым Законом и Приказом Минздрава РФ от 28 февраля 2019 г. N 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования". В Свердловской области тарифы на оплату медицинской помощи формируются в соответствии с принятыми в территориальной программе ОМС 12 способами оплаты медицинской помощи. Структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы ОМС, устанавливается в соответствии с настоящим Федеральным законом (см. [комментарий к ст. 30](#Par2260)).

Как указывает ч. 8 комментируемой статьи, при установлении **дополнительного перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи** в территориальной программе ОМС такая программа должна включать в себя:

- значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо и финансового обеспечения в расчете на одно застрахованное лицо;

- способы оплаты медицинской помощи, оказываемой по ОМС застрахованным лицам;

- структуру тарифа на оплату медицинской помощи;

- реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС;

- условия оказания медицинской помощи в таких медицинских организациях.

Из комментируемой нормы (особенно в сравнении ее с ч. 2 комментируемой статьи) следует, что территориальная программа ОМС при установлении дополнительных гарантий сверх установленных базовой программой ОМС должна состоять из **двух содержательных частей**:

1) одной - полностью оплачиваемой за счет средств ФФОМС (как соответствующей базовой программе ОМС);

2) другой - оплачиваемой за счет средств соответствующего бюджета субъекта РФ.

При этом не обязательно, чтобы данные части выделялись структурно.

Так, например, Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области на 2020 г. и плановый период 2021 и 2022 гг. содержит разделы VI "Нормативы объема медицинской помощи", VII "Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, порядок формирования и структура тарифа на оплату медицинской помощи", VIII "Подушевые нормативы финансового обеспечения Территориальной программы", которые устанавливают соответствующие положения как для оказания медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, так и сверх базовой программы ОМС. Раздел IX "Условия оказания медицинской помощи в медицинских организациях в рамках Территориальной программы" какой-либо специфики применительно к данному критерию не содержит.

Также отметим здесь, что комментируемая статья предусматривает норму, позволяющую контролировать предоставление дополнительных гарантий застрахованным лицам, не допуская дефицита бюджета ТФОМС (см. [п. 6 комментария к настоящей статье](#Par2886)).

4. Часть 9 комментируемой статьи посвящена **разработке территориальной программы ОМС**. Проект территориальной программы ОМС разрабатывается комиссией по разработке территориальной программы ОМС. В состав такой комиссии входят представители:

- министерства здравоохранения соответствующего субъекта РФ;

- ТФОМС;

- страховых медицинских организаций;

- медицинских организаций;

- медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов);

- профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), действующих на территории соответствующего субъекта РФ.

Указанные представители включаются в комиссию на **паритетных началах**.

Примечательно, что состав комиссии по разработке территориальной программы ОМС по описанию тех представителей, которые могут принимать участие в ней, совпадает с комиссией, разрабатывающей тарифное соглашение по ОМС.

Сама комиссия действует на основании положения, которое является приложением к Правилам ОМС (приложение N 1). Согласно упомянутому положению о комиссии по разработке проекта территориальной программы ОМС такая комиссия:

1) разрабатывает проект территориальной программы ОМС;

2) разрабатывает и устанавливает показатели эффективности деятельности медицинских организаций, позволяющие провести оценку возможности реализации заявленных медицинской организацией объемов медицинской помощи;

3) распределяет на отчетный год с поквартальной разбивкой и корректирует в течение года объемы предоставления медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности на территории Российской Федерации (за исключением медицинских организаций, находящихся за пределами Российской Федерации, включенных в реестр медицинских организаций), в пределах и на основе установленных территориальной программой объемов предоставления медицинской помощи, до 1 января года, на который осуществляется распределение;

4) осуществляет рассмотрение тарифов и формирование тарифного соглашения в соответствии с требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения;

5) устанавливает иные сроки подачи медицинскими организациями уведомления об осуществлении деятельности в сфере ОМС для вновь создаваемых медицинских организаций;

6) определяет порядок представления информации членами комиссии.

Из положений Правил ОМС и ч. 9 комментируемой статьи следует, что:

- **во-первых,** комиссия является коллективным органом, принимающим проект территориальной программы ОМС, который затем в обязательном порядке подлежит включению в утвержденной комиссией редакции в территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- **во-вторых**, комиссия по разработке тарифного соглашения и комиссия по разработке проекта территориальной программы ОМС - это одна и та же комиссия;

- **в-третьих**, в составе такой комиссии участвуют представители участников ОМС и иных лиц, что означает, с одной стороны, предварительное согласование всеми указанными лицами содержания территориальной программы ОМС и тарифного соглашения, а с другой стороны, - предварительное избрание ими своих представителей.

5. В ч. 10 комментируемой статьи определяется **механизм распределения объемов медицинской помощи комиссией по разработке проекта территориальной программы ОМС**. Объемы предоставления медицинской помощи распределяются между медицинскими организациями и между 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. В эти же объемы включаются и те объемы, которые оказываются застрахованным лицам за пределами территории соответствующего субъекта РФ.

В соответствии с комментируемой нормой распределение объемов медицинской помощи осуществляется комиссией. Сказанное не означает, что медицинские организации не вправе направлять предложения по формированию объемов предоставления медицинской помощи медицинскими организациями, а также о возможном участии медицинской организации в реализации территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в части заявленных объемов оказания медицинской помощи с учетом показателей эффективности такой организации.

Комментируемой нормой определяется наиболее справедливый способ распределения объемов медицинской помощи, который основан на:

- демократической процедуре обсуждения в ходе заседаний комиссии;

- наличии представителей от медицинских организаций и страховых медицинских организаций;

- возможности медицинских организаций вносить предложения;

- распределении объемов медицинской помощи с учетом показателей эффективности медицинских организаций, а также специализации страховых медицинских организаций;

- распределении объемов медицинской помощи с учетом количества, пола и возраста застрахованных лиц в страховых медицинских организациях.

6. В ч. 11 комментируемой статьи установлено правило о том, что **стоимость утвержденной территориальной программы ОМС не может превышать размер средств на реализацию такой программы, установленный законом о бюджете территориального фонда**. Из комментируемой нормы вытекает ряд правил, которые, хотя и следуют из других положений комментируемого Закона, но в комментируемой статье до этого не упоминаются.

**Во-первых**, комментируемой нормой еще раз подчеркивается, что на исполнение территориальных программ ОМС распространяется бюджетное законодательство.

**Во-вторых**, в комментируемой статье говорится о бюджете ТФОМС, принимаемом законами субъектов (например, Закон Чувашской Республики от 3 декабря 2019 г. N 84 "О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Чувашской Республики на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов").

**В-третьих**, комментируемая норма устанавливает запрет на превышение стоимости территориальной программы ОМС над размером бюджетных ассигнований на ее реализацию. Сказанное означает, что при принятии территориальной программы нельзя запланировать мероприятий больше, чем может поступить денег на их реализацию. Несоблюдение такого запрета может повлечь признание незаконными соответствующих положений такой территориальной программы ОМС (**например**, см. Определение Верховного Суда РФ от 14 ноября 2012 г. N 25-АПГ12-3 и Определение Верховного Суда РФ от 11 июля 2012 г. N 10-АПГ12-1).

Такое ограничение устанавливается, чтобы избежать возможного дефицита бюджета ТФОМС.

7. В ч. 12 комментируемой статьи содержится норма, направленная на **информирование застрахованных лиц**, согласно которой утвержденные территориальные программы ОМС подлежат публикации в сети Интернет не позднее 14 календарных дней. Такое требование связано в том числе и с общедоступностью сети Интернет, и со стремлением показать открытость органов исполнительной власти субъектов РФ. Территориальные программы ОМС также размещаются на сайтах ТФОМС.

8. В ч. 13 комментируемой статьи устанавливается, что на реализацию территориальной программы ОМС оказывают влияние **соглашения о реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи**, которые заключаются в соответствии с ч. 6 ст. 81 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ". Указанные соглашения заключаются между следующими участниками:

- Минздравом России;

- ФФОМС;

- высшими исполнительными органами государственной власти субъектов (например, правительствами субъектов РФ).

Указанные соглашения заключаются в порядке, установленном Постановлением Правительства РФ от 11 февраля 2015 г. N 113 "Об утверждении Правил заключения соглашений о реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальных программ обязательного медицинского страхования, Министерством здравоохранения Российской Федерации, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации". Форма таких соглашений определена Приказом Минздрава России от 12 февраля 2015 г. N 51н "Об утверждении формы соглашения Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования и высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации о реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальной программы обязательного медицинского страхования".

Примером такого соглашения может быть Соглашение Министерства здравоохранения РФ, Федерального фонда обязательного медицинского страхования и Правительства Ханты-Мансийского автономного округа - Югры о реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальной программы обязательного медицинского страхования, Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, на 2019 г. и на плановый период 2020 и 2021 гг. (распоряжение Правительства ХМАО - Югры от 27 марта 2019 г. N 149-рп).

После заключения соглашения, указанного в комментируемой норме, комиссия по разработке территориальных программ ОМС (см. [п. 4 комментария к настоящей статье](#Par2858)) обеспечивает внесение изменений в территориальную программу ОМС в соответствии с таким соглашением.

Таким образом, соглашения о реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальных программ ОМС, являются одним из источников права для территориальной программы ОМС.

Глава 8. СИСТЕМА ДОГОВОРОВ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО

МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Статья 37. Договоры в сфере обязательного медицинского страхования

Комментарий к статье 37

1. Комментируемая статья содержит общие, базовые положения, касающиеся **договоров между участниками ОМС**. К таким договорам комментируемый Закон относит договор о финансовом обеспечении ОМС, заключаемый между страховой медицинской организацией и ТФОМС (см. [комментарий к ст. 38](#Par2923)), а также договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС (см. [комментарий к ст. 39](#Par3089)).

2. Рассматриваемая статья указывает, что договоры в сфере ОМС являются **договорами в пользу третьего лица**. Таким третьим лицом комментируемый Закон называет **застрахованных лиц** (см. [комментарий к ст. 10](#Par897)). Следовательно, любое исполнение или толкование указанных договоров должно производиться с учетом того, что договоры в сфере ОМС направлены на реализацию застрахованным лицом своих прав в ОМС.

3. Комментируемая статья также определяет право застрахованных лиц на бесплатное оказание медицинской помощи по ОМС как субъективное право конкретного застрахованного лица, которому корреспондируют при его реализации обязанности страховых медицинских организаций и медицинских организаций по заключению договоров в сфере ОМС.

4. Другой особенностью упомянутых договоров является то, что это единственные договоры, относимые комментируемым Законом к сфере ОМС. Отношения сторон этих договоров, как правило, определяются ими самими. Особенно это касается страховых медицинских организаций, чей правовой статус в соответствии со ст. 19 комментируемого Закона определяется исходя из норм договора о финансовом обеспечении ОМС и договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

При этом медицинские организации в ОМС участвуют в двух видах отношений: с одной стороны, это договорные отношения, вытекающие из договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС; с другой, - это отношения, основанные на комментируемом Законе, при условии заключения медицинской организацией договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

В практике подчеркивается значение указанных договоров для целей ОМС.

Пример. Истец Ж.А. обратился в суд с иском к ответчику ОАО "РОСНО-МС" о законности взыскания денежных средств за оказание медицинских услуг. В качестве соответчика по данному делу судом было привлечено ГБУЗ г. Москвы "ГКБ N 1 им. Н.И. Пирогова". Поводом к обращению в суд явилось то, что истец произвел оплату медицинской помощи, которая входит в программы ОМС.

Суды отказали Ж.А. в удовлетворении исковых требований.

Согласно обстоятельствам дела истцу в ДТП были причинены телесные повреждения. В связи с подозрением на гангрену правой нижней конечности больной нуждался в оказании специализированной медицинской помощи в профильном отделении гнойной хирургии, которым ГБУЗ г. Москвы "ГКБ N 1 им. Н.И. Пирогова" не располагает. Ж.А. был предложен перевод в гнойное отделение ГКБ N 4, от которого больной и его родственники отказались в связи с решением вопроса о возможности лечения в ФГБУ "Институт хирургии им. А.В. Вишневского", лечение в котором больной и его родственники в итоге и оплатили.

В соответствии со ст. 37 комментируемого Закона право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи по ОМС реализуется на основании заключенных в его пользу между участниками ОМС договора о финансовом обеспечении ОМС и договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

Поскольку после отказа от перевода в гнойное отделение ГКБ N 4 истец отказался от оплаты по ОМС, то ответчики не обязаны возмещать ему расходы, понесенные им по договору платного оказания медицинских услуг. Указанный договор в ст. 37 комментируемого Закона не упомянут (см. Определение Московского городского суда от 6 апреля 2016 г. N 4г-3379/2016).

Статья 38. Договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования

Комментарий к статье 38

1. Как следует из названия комментируемой статьи, она посвящена **договору о финансовом обеспечении ОМС**. По своему содержанию рассматриваемая статья имеет сложную структуру и посвящена различным аспектам данного договора:

- ч. 1 - 4 комментируемой статьи посвящены условиям договора о финансовом обеспечении ОМС;

- в ч. 5 комментируемой статьи содержатся условия заключения указанного договора;

- ч. 6 - 9 комментируемой статьи касаются исполнения договора о финансовом обеспечении ОМС;

- ч. 10 - 14 комментируемой статьи посвящены ответственности за нарушение условий договора о финансовом обеспечении ОМС;

- ч. 15 - 17 комментируемой статьи определяют последствия досрочного расторжения договора о финансовом обеспечении ОМС;

- ч. 18 комментируемой статьи касается вопросов ведения дел страховой медицинской организацией в сфере ОМС;

- ч. 19 комментируемой статьи посвящена форме договора о финансовом обеспечении ОМС.

2. В ч. 1 комментируемой статьи дается **легальное определение договора о финансовом обеспечении ОМС**, по которому страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с условиями, установленными территориальной программой ОМС, за счет целевых средств.

Из данного определения следует, что указанный договор направлен на исполнение обязательств страховой медицинской организации по ОМС. **Сторонами такого договора** (прямо об этом не говорится в данной части, но на это указано в ч. 2, 3 и 5 комментируемой статьи) являются **страховые медицинские организации и ТФОМС**, при этом если страховая медицинская организация осуществляет свою деятельность на территории различных субъектов РФ, то она заключает договор о финансовом обеспечении ОМС с соответствующими ТФОМС в каждом из таких субъектов РФ.

2.1. Рассматриваемый договор следует считать разновидностью гражданско-правового договора, но имеющего публичные элементы.

Таким образом, правовая природа данного договора является частно-публичной.

**С одной стороны**, налицо наличие имущественных обязательственных отношений между равноправными хозяйствующими субъектами. В этой же части можно говорить, что данный договор - договор в пользу третьего лица (застрахованного лица).

**С другой стороны**, данный договор заключается в рамках публичных отношений по ОМС, что влечет не только и не столько частноправовые последствия за его нарушение, сколько публично-правовые, а также предполагает контроль за исполнением указанного договора со стороны третьих лиц, в договоре не участвующих (ч. 11 ст. 40 комментируемого Закона предусмотрено проведение контроля за деятельностью страховых медицинских организаций по инициативе ФФОМС).

Проявление частно-публичных начал в договоре о финансовом обеспечении ОМС проявляется и в том, что страховая медицинская организация и ТФОМС заключают договор о финансовом обеспечении ОМС как равноправные субъекты, но ТФОМС не вправе отказать в заключении такого договора, если страховая медицинская организация имеет список застрахованных лиц по ОМС.

В целом, как и любой договор в российском праве, договор о финансовом обеспечении ОМС может быть рассмотрен с четырех позиций: 1) как юридический факт (сделка); 2) как возникшее из соответствующей сделки правоотношение; 3) как конкретный документ, в котором зафиксированы определенные условия; 4) как правовой институт.

2.2. Правовая характеристика рассматриваемого договора следующая:

1) **договор о финансовом обеспечении ОМС является обязательственным.** Обязательственными договорами в теории гражданского права называют договоры, из которых возникают обязательственные правоотношения (обязательства, определяемые в ст. 307 ГК РФ). В п. 2 ст. 307 ГК РФ указывается, что обязательства возникают из договоров и других сделок вследствие причинения вреда, вследствие неосновательного обогащения, а также из иных оснований. Из комментируемого договора вытекает, в частности, обязательство ТФОМС по оплате медицинской помощи;

2) **договор о финансовом обеспечении ОМС является имущественным договором**, то есть договором, которым оформляются динамические имущественные отношения, направленные на передачу имущественных благ от одного субъекта права к другому. Комментируемым договором предусмотрено перечисление денежных средств от ТФОМС страховой медицинской организации;

3) **договор о финансовом обеспечении ОМС является двусторонне обязывающим (синаллагматическим)**, что означает наличие обязанностей у каждой из сторон такого договора (ч. 2 комментируемой статьи предусмотрены обязанности страховой медицинской организации, ч. 4 предусмотрены обязанности ТФОМС);

4) **договор о финансовом обеспечении ОМС содержит в себе признаки возмездного и безвозмездного договоров.** Возмездный договор - это договор, в котором предполагается получение встречного предоставления одной из сторон от другой стороны. В рассматриваемом договоре не предполагается получения ТФОМС какого-либо имущественного предоставления со стороны страховой медицинской организации, однако в соответствии с п. 4 ч. 3 комментируемой статьи предусмотрено вознаграждение страховых медицинских организаций;

5) **договор о финансовом обеспечении ОМС является консенсуальным.** Данная характеристика означает, что указанный договор считается заключенным с момента согласования существенных условий сторонами. В рассматриваемом договоре не предусмотрена одновременная передача какого-либо имущества одновременно с его заключением, как в реальном договоре;

6) **договор о финансовом обеспечении ОМС является срочным.** В то же время необходимо отметить, что срок действия договора имеет меньшее значение, чем срок обязательства, и зависим от последнего. Применительно к рассматриваемому договору данный вывод также применим, поскольку обязанность по возврату остатка целевых средств после расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с территориальной программой ОМС (предусмотренная п. 5 ч. 2 комментируемой статьи), не зависит от срока действия договора (указания на это в комментируемом Законе нет). Вместе с тем в типовой форме договора о финансовом обеспечении ОМС, утв. Приказом Минздравсоцразвития России от 9 сентября 2011 г. N 1030н "Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования", содержится **упрощенный порядок продления срока действия** указанного договора. В частности, там указывается, что действие настоящего договора продлевается на следующий календарный год, если ни одна из сторон не заявит о его прекращении за 30 дней до его окончания, а также при условии участия страховой медицинской организации в реализации территориальной программы ОМС в следующем году;

7) **договор о финансовом обеспечении ОМС является договором, заключенным в интересах третьих лиц** (ст. 430 ГК РФ). Вместе с тем необходимо отметить следующее:

- в соответствии со ст. 37 комментируемого Закона данный договор заключен в пользу застрахованных лиц. Однако следует отметить, что рассматриваемый договор заключен также в пользу медицинских организаций, осуществляющих медицинскую помощь в рамках ОМС. Средства, полученные страховой медицинской организацией, направляются на погашение расходов именно медицинских организаций. Более того, п. 1 ст. 430 ГК РФ предусмотрено, что третье лицо вправе требовать от должника по договору исполнения в свою пользу. В то же время комментируемый Закон не предусматривает возможность для застрахованных лиц предъявлять требования к ТФОМС о выплатах в свою пользу. Требования подобного рода могут заявлять только медицинские организации;

- п. 1 ст. 430 ГК РФ предусмотрено, что договором в пользу третьего лица признается договор, в котором стороны установили, что должник обязан произвести исполнение не кредитору, а указанному или не указанному в договоре третьему лицу. Однако согласно комментируемой статье ТФОМС не производит исполнение своих обязанностей непосредственно медицинским организациям, не говоря о застрахованных лицах;

- в правовом регулировании договора о финансовом обеспечении ОМС имеются отличия, наличие которых предусмотрено п. 2 ст. 430 ГК РФ: комментируемым Законом установлена возможность расторжения договора без согласия третьего лица;

8) **договор о финансовом обеспечении ОМС нельзя в полной мере считать свободным договором или обязательным**, поскольку он содержит в себе черты и свободных договоров, и обязательных. В то же время признаков, позволяющих отнести договор о финансовом обеспечении ОМС к обязательным договорам, больше. Таким признаком, в частности, является обязательность заключения данного договора ТФОМС, если для заключения подобного договора обращается страховая медицинская организация, имеющая список застрахованных лиц по ОМС;

9) **договор о финансовом обеспечении ОМС является основным**, то есть непосредственно порождает права и обязанности сторон, связанные с перемещением материальных благ;

10) **договор о финансовом обеспечении ОМС является непоименованным**, то есть данный договор не выделен в типах договоров, содержащихся в части 2 ГК РФ (п. 2 ст. 421 ГК РФ).

2.3. Для того чтобы иметь право заключить рассматриваемый договор, лица, которые намереваются вступить в указанные отношения (ТФОМС и страховые медицинские организации), должны отвечать требованиям, указанным в ст. ст. 13 и 14 комментируемого Закона (см. [комментарий к ст. ст. 13](#Par1154) и [14](#Par1186)).

2.4. Единственным существенным условием договора о финансовом обеспечении ОМС является **условие о предмете договора**. Предметом данного договора является перечисление средств ОМС на оплату медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями застрахованным лицам.

Отдельно необходимо указать на условия, которые должны **обязательно быть включены** в текст конкретного договора (ч. 2 - 4 комментируемого Закона). Комментируемый Закон не устанавливает какие-либо последствия в случае отсутствия данных условий, что не позволяет считать их существенными. В то же время, будучи включенными в текст договора, такие условия в соответствии с п. 1 ст. 432 ГК РФ являются существенными.

3. В ч. 2 комментируемой статьи содержится перечень положений, касающихся **обязанностей страховых медицинских организаций**. В качестве таковых обязанностей названы:

1) **оформление, переоформление, выдача полиса ОМС.** Данной обязанности посвящены ст. ст. 45 и 46 настоящего Федерального закона (см. [комментарий к ст. ст. 45](#Par3853) и [46](#Par3939));

2) **ведение учета застрахованных лиц, выданных им полисов ОМС**, а также обеспечение учета и сохранности сведений, поступающих от медицинских организаций в соответствии с утверждаемым Минздравом России Порядком ведения персонифицированного учета в сфере ОМС (сам Порядок был утвержден Приказом Минздравсоцразвития РФ от 25 января 2011 г. N 29н. Указом Президента РФ от 21 мая 2012 г. N 636 "О структуре федеральных органов исполнительной власти" Министерство здравоохранения и социального развития РФ преобразовано в Министерство здравоохранения РФ и Министерство труда и социальной защиты РФ). При этом в данную обязанность входит составление с ТФОМС актов сверки численности застрахованных лиц на первое число каждого месяца в срок до определенного договором о финансовом обеспечении ОМС числа каждого месяца с распределением на половозрастные группы, применяемые при расчете дифференцированного подушевого норматива финансового обеспечения для страховой медицинской организации;

3) **представление в ТФОМС заявки на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи и оплату счетов за оказанную медицинскую помощь** в порядке, установленном Правилами ОМС.

В соответствии с п. 124 Правил ОМС страховая медицинская организация в соответствии с договором о финансовом обеспечении представляет в ТФОМС:

- заявку на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи **(заявку на авансирование)**. В нее включается объем средств, необходимый для направления в медицинские организации в соответствии с заявками медицинских организаций на авансирование оплаты медицинской помощи, направляемыми в страховую медицинскую организацию в рамках исполнения договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

Примерный образец заявки на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи приведен в приложении N 11 к Методическим указаниям по представлению информации в сфере ОМС. Заявка формируется страховой медицинской организацией ежемесячно в объеме и сроки, установленные договором о финансовом обеспечении ОМС;

- заявку на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь **(заявку на получение средств на оплату счетов)** для проведения окончательного расчета с медицинскими организациями. В нее включается объем средств для оплаты медицинской помощи за отчетный месяц, определенный ТФОМС с учетом дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения ОМС, за исключением средств, направленных в страховую медицинскую организацию в отчетном месяце в порядке авансирования. В случае недостатка указанного объема средств для оплаты медицинской помощи в отчетном месяце заявка увеличивается в пределах остатка целевых средств, возвращенных в ТФОМС в предыдущие периоды.

Примерный образец заявки на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь приведен в приложении N 10 к Методическим указаниям по представлению информации в сфере ОМС. Заявка формируется страховой медицинской организацией ежемесячно в объеме, установленном договором о финансовом обеспечении ОМС и Правилами ОМС, в установленный договором срок.

Заявки подписываются руководителем и главным бухгалтером страховой медицинской организации, с расшифровкой подписи и указанием даты, и заверяются печатью страховой медицинской организации;

4) **использование полученных по договору о финансовом обеспечении ОМС средств по целевому назначению по согласованным тарифам** с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС. Комментируемая норма, во-первых, еще раз подчеркивает, что средства, получаемые по договору о финансовом обеспечении ОМС, целевые и могут быть израсходованы лишь на ОМС (см. [комментарий к ст. 3](#Par314)). При нарушении данной нормы ч. 11 ст. 38 комментируемого Закона предусматривает наложение штрафа на страховую медицинскую организацию. Во-вторых, целевой характер средств требует, чтобы средства ОМС тратились в объемах по согласованным тарифным соглашениям. В-третьих, при использовании целевых средств страховые медицинские организации обязаны учитывать результаты контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС (см. [комментарий к ст. 40](#Par3224));

5) **возвращение остатка целевых средств после расчетов за медицинскую помощь**, оказанную застрахованным лицам в соответствии с территориальной программой ОМС, в ТФОМС в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по ОМС, установленным Правилами ОМС. Остаток целевых средств, полученных по заявкам, страховая медицинская организация возвращает в ТФОМС в течение трех рабочих дней после завершения расчетов с медицинскими организациями за отчетный месяц;

6) **заключение с медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС** (см. [комментарий к ст. 39](#Par3089));

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 ОМС и участниками ОМС в соответствии с положениями ст. ст. 43, 44, 47, 48, 49 настоящего Федерального закона (см. [комментарий к указанным статьям](#Par3697)). Кроме того, страховая медицинская организация обязана осуществлять обмен указанными сведениями между субъектами и участниками ОМС в соответствии с общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядком информационного взаимодействия в сфере ОМС, утверждаемыми ФФОМС в соответствии с п. 8 ч. 8 ст. 33 комментируемого Закона (см. Приказ ФФОМС от 7 апреля 2011 г. N 79 "Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования");

8) **информирование застрахованных лиц** в соответствии с положениями ст. 16 и ч. 12 ст. 40 комментируемого Закона:

- 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 ОМС;

- об обязанностях застрахованных лиц (см. [комментарий к ст. 16](#Par1436) и [ст. 40](#Par3224)).

Данная обязанность в части информирования застрахованных лиц отражена в Типовом договоре о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, утв. Приказом Минздравсоцразвития РФ от 9 сентября 2011 г. N 1030н (далее - Типовой договор о финансовом обеспечении ОМС), в котором говорится, что страховая медицинская организация в течение трех рабочих дней с момента получения от ТФОМС сведений о гражданах, не обратившихся в страховую медицинскую организацию за выдачей им полисов ОМС, обязана информировать застрахованных лиц в письменной форме о факте страхования, необходимости получения полиса ОМС и обеспечивать выдачу им полиса ОМС в порядке, установленном Правилами ОМС;

9) **представление в ТФОМС** 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 ОМС, об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи, о деятельности по защите прав застрахованных лиц и иной отчетности в порядке и по формам, которые установлены ФФОМС. Данная обязанность раскрывается в ст. 48 комментируемого Закона (см. [комментарий к ст. 48](#Par4128)) и исполняется в соответствии с Порядком ведения персонифицированного учета в сфере ОМС;

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. Данная обязанность раскрывается в ч. 1 - 10 ст. 40 настоящего Федерального закона (см. [комментарий к ст. 40](#Par3224));

11) **раскрытие информации о своей деятельности** в соответствии с требованиями, установленными комментируемым Законом. Так, ч. 9 ст. 14 настоящего Федерального закона содержит указание на обязательность раскрытия информации в соответствии с Правилами ОМС в отношении страховых медицинских организаций (см. [комментарий к ст. 14](#Par1186));

12) **осуществление рассмотрения обращений и жалоб граждан, осуществление деятельности по защите прав и законных интересов застрахованных лиц** в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Данная обязанность раскрывается в соответствии с положениями Федерального закона от 2 мая 2006 г. N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации". Указанный Федеральный закон применим к страховым медицинским организациям в силу ч. 1 ст. 2 данного нормативного акта, поскольку последние являются юридическими лицами, на которые возложено осуществление публично значимых функций в сфере ОМС, в частности осуществление отдельных функций страховщика по ОМС. Обращения граждан - застрахованных лиц обязательны к рассмотрению страховыми медицинскими организациями, и на такие обращения страховые медицинские организации обязаны предоставить ответ в течение 30 дней со дня регистрации письменного обращения (ч. 1 ст. 12 Федерального закона от 2 мая 2006 г. N 59-ФЗ). В исключительных случаях срок рассмотрения обращения может быть продлен, но не более чем на 30 дней (ч. 2 ст. 12 указанного Закона).

В то же время в Типовом договоре о финансовом обеспечении ОМС предусмотрены упрощенный порядок и сокращенные сроки для ответа. Так, страховые медицинские организации обязаны предоставлять информацию застрахованным лицам, задавшим вопрос по электронной почте или на официальный сайт в информационно-коммуникационной сети Интернет в режиме "вопрос - ответ", **не позднее 5 рабочих дней** со дня получения вопроса;

13) **несение в соответствии с законодательством РФ ответственности** за ненадлежащее исполнение предусмотренных комментируемым Законом условий договора о финансовом обеспечении ОМС. Санкции за нарушение рассматриваемого договора установлены ч. 10 - 14 комментируемой статьи и ч. 11 ст. 40 комментируемого Закона (см. [п. 8 комментария к настоящей статье](#Par3054) и [комментарий к ст. 40](#Par3224));

14) **возвращение ТФОМС при прекращении договора о финансовом обеспечении ОМС целевых средств, не использованных по целевому назначению**, в течение 10 рабочих дней с даты прекращения указанного договора. Обязанность страховых медицинских организаций по возврату целевых средств ОМС в случае прекращения договора о финансовом обеспечении ОМС регламентирована ч. 15 - 17 комментируемого Закона;

15) выполнение **иных предусмотренных комментируемым** **Законом** **и договором о финансовом обеспечении ОМС обязанностей**. Данное положение, содержащееся в ч. 2 комментируемой статьи, означает, что стороны такого договора могут включить в его текст иные обязанности страховой медицинской организации, однако невключение в договор дополнительных обязанностей не будет означать, что страховая медицинская организация освобождается от их исполнения, если они предусмотрены комментируемым Законом. В Типовом договоре о финансовом обеспечении ОМС содержится целый ряд обязанностей страховой медицинской организации, которые не были указаны ранее, в частности:

- осуществлять ОМС в соответствии с законодательством РФ об ОМС;

- заключать с медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, договоры на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС;

- принимать меры по возмещению средств, затраченных на оказание медицинской помощи вследствие причинения вреда здоровью застрахованного лица;

- вести раздельный учет собственных средств и средств ОМС, предназначенных для оплаты медицинской помощи (см. [комментарий к ст. 4](#Par458));

- ежемесячно до 20 числа месяца, следующего за отчетным, предоставлять в ТФОМС отчетность об использовании средств ОМС, об оказанной застрахованным лицам медицинской помощи, о деятельности по защите прав застрахованных лиц и иную отчетность в порядке и по формам, установленным ФФОМС (см. [комментарий к ст. 48](#Par4128));

- обеспечивать возможность специалистам ТФОМС осуществлять проверку и (или) ознакомление с деятельностью, связанной с исполнением договоров в сфере ОМС, в том числе по проведению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (см. [п. 7 комментария к ст. 40](#Par3469));

- в случае досрочного расторжения настоящего договора по своей инициативе (см. также [п. 9 комментария к настоящей статье](#Par3069)):

а) за три месяца до даты расторжения уведомить ТФОМС, застрахованных лиц и медицинские организации о намерении расторгнуть договор о финансовом обеспечении ОМС;

б) осуществить расчеты с медицинскими организациями в пределах имеющихся средств на оплату медицинской помощи;

в) осуществить сверку расчетов с медицинскими организациями на дату расторжения договора о финансовом обеспечении ОМС;

г) возвратить в бюджет ТФОМС остаток средств, оставшихся после выполнения в полном объеме своих обязательств по договорам на оказание и оплату медицинской помощи.

4. В ч. 3 комментируемой статьи содержится перечень положений, касающихся **прав страховых медицинских организаций**. В частности, в договоре о финансовом обеспечении ОМС должны быть отражены следующие их права:

1) право на принятие участия в формировании территориальной программы ОМС и в распределении объемов предоставления медицинской помощи посредством участия в комиссии по разработке территориальной программы ОМС. Данное право страховой медицинской организации раскрывается в ст. ст. 20, 30, и 36 комментируемого Закона (см. [комментарий к указанным статьям](#Par1751));

2) право на участие в согласовании тарифов на оплату медицинской помощи. Данное право также находит свое воплощение в положениях комментируемого Закона. В частности, ч. 2 ст. 30 комментируемого Закона установлено, что страховые медицинские организации участвуют в разработке тарифного соглашения, которым устанавливаются тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС;

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

4) право на получение вознаграждения за выполнение условий, предусмотренных договором о финансовом обеспечении ОМС. Размер вознаграждения зависит:

- во-первых, от договора о финансовом обеспечении ОМС;

- во-вторых (в большей степени), от установленных нормативными актами ТФОМС порядков расчетов вознаграждений страховых медицинских организаций на территории данного субъекта РФ, в котором действует данный ТФОМС;

- в-третьих, от правил, установленных Порядком использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования, утв. Приказом ФФОМС от 27 марта 2019 г. N 54.

Указанным Порядком предусматривается, что выплата вознаграждений страховым медицинским организациям осуществляется из средств нормированного страхового запаса ТФОМС.

ФФОМС издал акт толкования права по данному вопросу, им подготовлено письмо ФФОМС от 27 мая 2013 г. N 4269/21-и "О направлении рекомендаций по внедрению в субъектах Российской Федерации эффективных механизмов вознаграждения медицинских организаций", вместе с которым были направлены Рекомендации для территориальных фондов обязательного медицинского страхования, медицинских организаций, страховых медицинских организаций "Внедрение в субъектах Российской Федерации эффективных механизмов вознаграждения медицинских организаций за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования, обеспечивающих повышение уровня качества и доступности медицинской помощи".

Примечательно также то, что в соответствии с Типовым договором о финансовом обеспечении ОМС страховые медицинские организации обязаны направлять в ТФОМС для формирования нормированного страхового запаса в соответствии со ст. 26 комментируемого Закона средства на организацию дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования:

- средства по результатам проведения медико-экономического контроля в размере 50% в течение трех рабочих дней после завершения расчетов с медицинскими организациями за отчетный месяц;

- средства, необоснованно предъявленные к оплате медицинскими организациями, выявленные в результате экспертизы качества медицинской помощи, сформированные в размере 35% в течение трех рабочих дней после завершения расчетов с медицинскими организациями за отчетный месяц;

- средства, необоснованно предъявленные к оплате медицинскими организациями, выявленные в результате медико-экономической экспертизы, сформированные в размере 35% в течение трех рабочих дней после завершения расчетов с медицинскими организациями за отчетный месяц;

- средства, поступившие в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, в размере 25% в течение трех рабочих дней после; поступления указанных средств на расчетный счет страховой медицинской организации.

Указанная обязанность не содержится в комментируемой статье;

5) право на привлечение экспертов качества медицинской помощи, требования к которым предусмотрены комментируемым Законом. Данное право раскрывается в ч. 3 - 9 ст. 40 настоящего Федерального закона (см. [комментарий к ст. 40](#Par3224));

6) право на осуществление иных предусмотренных настоящим Федеральным законом и договором о финансовом обеспечении ОМС прав.

5. В ч. 4 комментируемой статьи определяется ряд **обязанностей ТФОМС**:

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 комментируемым Законом. Содержание этой обязанности корреспондирует с обязанностью страховой медицинской организации, указанной в п. 3 ч. 2 комментируемой статьи, и конкретизируется в Правилах ОМС: пп. 121 - 160 по расчетам, оказанным в пределах субъекта РФ, в котором выдан полис ОМС, пп. 161 - 180 по расчетам, оказанным за пределами субъекта РФ, в котором выдан полис ОМС. Дифференциальные подушевые нормативы финансового обеспечения ОМС определяются в соответствии с пп. 181 - 183 Правил ОМС.

Во исполнение данной обязанности ТФОМС направляет в страховую медицинскую организацию по поступившей от нее заявке:

- в течение 5 рабочих дней со дня получения заявки на авансирование - средства на финансовое обеспечение ОМС в определенном договором о финансовом обеспечении ОМС размере процентов от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи за последние 3 месяца, либо с периода начала действия такого договора (в случае периода действия договора менее трех месяцев);

- в течение 3 рабочих дней со дня получения заявки на получение целевых средств - средства на финансовое обеспечение ОМС за отчетный месяц с учетом ранее направленных средств на авансирование оплаты медицинской помощи в размере суммы заявки на получение целевых средств, но не более суммы целевых средств, рассчитанной исходя из количества застрахованных лиц и дифференцированных подушевых нормативов;

2) предоставление страховой медицинской организации средств, предназначенных на расходы на ведение дела по ОМС, в пределах установленного норматива, и средств, являющихся вознаграждением за выполнение условий, предусмотренных договором о финансовом обеспечении ОМС. Данная обязанность в части предоставления средств, предназначенных на расходы на ведение дела по ОМС, нашла свое отражение в ч. 17 комментируемой статьи (см. [п. 9 комментария к настоящей статье](#Par3069)). В части выплаты вознаграждения данная обязанность корреспондирует с правом страховой медицинской организации, указанным в п. 4 ч. 3 комментируемой статьи. ТФОМС перечисляет средства, предназначенные на расходы на ведение дела, ежемесячно одновременно с предоставлением средств на оплату медицинской помощи по заявке на авансирование и заявке на получение целевых средств по ОМС, по нормативу (см. [п. 3 комментария к настоящей статье](#Par2958));

3) предоставление страховой медицинской организации целевых средств из нормированного страхового запаса ТФОМС в случаях, установленных комментируемым Законом. Данная обязанность определяет, что средства нормированного страхового запаса подлежат выделению ТФОМС только в случаях, если это прямо содержится в комментируемом Законе. Данная обязанность не касается средств нормированного страхового запаса ФФОМС (см. ч. 3 ст. 26 комментируемого Закона). Порядок использования средств нормированного страхового запаса ФФОМС устанавливается Порядком использования средств нормированного страхового запаса федерального фонда обязательного медицинского страхования, утв. Приказом Минздравсоцразвития РФ от 30 декабря 2010 г. N 1229н.

**Нормированный страховой запас ТФОМС** формируется в составе расходов бюджета соответствующего ТФОМС и включает в себя средства (ч. 6 ст. 26 комментируемого Закона):

- для дополнительного финансового обеспечения реализации территориальных программ ОМС;

- для расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта РФ, в котором выдан полис ОМС;

- для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования.

Случаями предоставления целевых средств из нормированного страхового запаса ТФОМС, прямо установленными в комментируемом Законе, являются следующие:

- проведение мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования - п. 7.1 ч. 2 ст. 20 комментируемого Закона;

- превышение 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 - ч. 6 ст. 38 комментируемого Закона.

Вместе с тем нельзя не отметить, что предоставление или непредоставление средств из нормированного страхового запаса ТФОМС зависит исключительно от решения самого ТФОМС, о чем говорится, например, в ч. 6 комментируемой статьи. Данное обстоятельство очевидно противоречит п. 3 ч. 4 комментируемой статьи;

4) осуществление контроля за деятельностью страховой медицинской организации, осуществляемой в соответствии с комментируемым Законом и договором о финансовом обеспечении ОМС. Данное положение раскрывается в ч. 2 - 9 ст. 40, ст. 41 настоящего Федерального закона (см. [комментарий к ст. ст. 40](#Par3224) и [41](#Par3594));

5) выполнение **иных предусмотренных комментируемым** **Законом** **и договором о финансовом обеспечении ОМС обязанностей**. Целый ряд таких обязанностей, которые не были указаны ранее, содержится в Типовом договоре о финансовом обеспечении ОМС. В частности, это обязанности:

- составлять со страховой медицинской организацией акты сверки численности застрахованных лиц и акты сверки расчетов на первое число каждого месяца в срок до определенного договором о финансовом обеспечении ОМС числа каждого месяца.

**Акт сверки расчетов по договору о финансовом обеспечении ОМС** составляется в целях выявления и устранения причины возникновения расхождений и при их наличии служит основанием для корректировки остатков средств ОМС в данных бухгалтерского учета ТФОМС или страховой медицинской организации (филиала). Примерный образец акта приведен в приложении N 8 к Методическим указаниям по представлению информации в сфере ОМС. Акт сверки расчетов по договору о финансовом обеспечении ОМС составляется ежемесячно и формируется по состоянию на 1-е число месяца, следующего за отчетным. В акте указываются сведения об остатках целевых средств на начало и конец отчетного периода и сведения о движении средств в отчетном периоде по данным бухгалтерского учета ТФОМС и данным бухгалтерского учета страховой медицинской организации (филиала). Акт составляется в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон, и подписывается руководителем и главным бухгалтером ТФОМС и страховой медицинской организации (филиала), с указанием расшифровки подписи и даты. Подписи скрепляются печатями организаций;

- направлять в соответствии с ч. 6 ст. 16 комментируемого Закона ежемесячно, до десятого числа сведения о гражданах, не обратившихся в страховые медицинские организации за выдачей им полисов ОМС, пропорционально числу застрахованных лиц в каждой страховой медицинской организации (см. также [п. 9 комментария к настоящей статье](#Par3069));

- актуализировать региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц и принимать меры к страховой медицинской организации за нарушения сроков представления данных о застрахованных лицах, а также сведений об изменении этих данных в соответствии с договором о финансовом обеспечении ОМС;

- утверждать и пересматривать дифференцированные подушевые нормативы финансирования ОМС при изменении численности и (или) половозрастной структуры застрахованных лиц и финансового обеспечения территориальной программы ОМС в порядке, установленном в Правилах ОМС, и в течение 5 рабочих дней после утверждения руководителем ТФОМС доводить их до сведения страховой медицинской организации;

- вести учет заявок, поступивших от страховой медицинской организации, в соответствии с порядком документооборота, установленным в ТФОМС, и направлять в страховую медицинскую организацию по поступившей от нее заявке;

- перечислять страховой медицинской организации средства в размере 10% от образовавшихся в результате экономии рассчитанного для страховой медицинской организации годового объема средств, определяемого исходя из количества застрахованных лиц в данной страховой медицинской организации и дифференцированных подушевых нормативов, после подписания акта сверки расчетов между страховой медицинской организацией и ТФОМС в году, следующем за отчетным, и др.

Комментируемая статья не содержит прямого указания на **права ТФОМС** по договору о финансовом обеспечении ОМС, в отличие от страховых медицинских организаций. Однако это не означает, что у ТФОМС нет каких-либо прав, вытекающих из данного договора. Права ТФОМС корреспондируют обязанностям страховой медицинской организации, о которых говорится, в частности, в ч. 2 комментируемой статьи, а некоторые из прав ТФОМС раскрыты в ч. 6 - 9 комментируемой статьи.

6. В ч. 5 комментируемой статьи указывается условие, при котором может быть заключен договор о финансовом обеспечении ОМС: это **наличие у страховой медицинской организации списка застрахованных лиц по ОМС**. Таким образом, можно констатировать, что ч. 5 комментируемой статьи содержит еще одну обязанность ТФОМС, не указанную в ч. 4 комментируемой нормы. Несмотря на то что данная норма сконструирована для страховой медицинской организации не как обязательная, однако исполнение прав и обязанностей в сфере ОМС такая организация может осуществлять только лишь при наличии указанного списка. Списки застрахованных лиц крайне важны для ОМС, поскольку оказание медицинской помощи основывается на признании застрахованного лица таковым, а это фактически происходит только при включении его в соответствующий список (более подробно о порядке включения застрахованных лиц в списки застрахованных, обмене информацией между субъектами и участниками ОМС см. [комментарий к ст. ст. 43](#Par3697), [44](#Par3765), [47](#Par4081) - [49](#Par4145)).

В ч. 5 комментируемой статьи это не указывается, но страховые медицинские организации подлежат включению в реестр страховых медицинских организаций (ч. 10 ст. 14 комментируемого Закона).

7. В ч. 6 - 9 комментируемой статьи говорится об **особенностях исполнения договора о финансовом обеспечении ОМС** в отдельных случаях, связанных с предоставлением средств из **нормированного страхового запаса ТФОМС**.

7.1. Так, в ч. 6 комментируемой статьи указано право ТФОМС принять решение о предоставлении или об отказе в предоставлении страховой медицинской организации недостающих для оплаты медицинской помощи средств из нормированного страхового запаса ТФОМС. Случаи, при которых могут потребоваться средства из нормированного страхового запаса ТФОМС, связаны с превышением объема средств на оплату медицинской помощи в связи с:

- повышенной заболеваемостью застрахованных лиц;

- увеличением тарифов на оплату медицинской помощи со стороны медицинских организаций;

- увеличением количества застрахованных лиц и (или) изменением их структуры по полу и возрасту.

7.2. Частью 7 комментируемой статьи устанавливается условие о том, что обращение страховой медицинской организации за предоставлением целевых средств сверх установленного объема средств на оплату медицинской помощи для данной страховой медицинской организации рассматривается ТФОМС одновременно с отчетом страховой медицинской организации об использовании целевых средств. Данная норма, с одной стороны, связывает два указанных обстоятельства, с другой стороны, страховая медицинская организация не может претендовать на предоставление средств из нормированного страхового запаса ТФОМС, если ею не предоставлен отчет об использовании целевых средств.

7.3. Частью 8 комментируемой статьи предусмотрено, что решение о предоставлении средств из нормированного страхового запаса ТФОМС принимается после проведения проверки в целях установления причин недостатка целевых средств у страховой медицинской организации. Срок такой проверки не может превышать 10 рабочих дней с момента обращения страховой медицинской организации.

7.4. Часть 9 комментируемой статьи предусматривает основания для отказа ТФОМС в предоставлении средств из нормированного страхового запаса ТФОМС (что влияет на решение, указанное в ч. 6 комментируемой статьи). Такими основаниями являются:

1) наличие у страховой медицинской организации остатка целевых средств;

2) необоснованность объема дополнительно запрашиваемых средств, выявленная ТФОМС по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, тарифов на оплату медицинской помощи и проведения экспертизы качества медицинской помощи (ч. 11 ст. 40 комментируемого Закона, Положение о контроле за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования, утв. Приказом ФФОМС от 16 апреля 2012 г. N 73);

3) отсутствие средств в нормированном страховом запасе ТФОМС.

8. Частями 10 - 14 комментируемого Закона устанавливается **ответственность страховых медицинских организаций** за нарушение отдельных обязанностей договора о финансовом обеспечении ОМС.

8.1. Частью 10 комментируемого Закона установлена санкция для страховой медицинской организации при **нарушении установленных договором о финансовом обеспечении ОМС сроков предоставления в ТФОМС данных о застрахованных лицах**, а также сведений об изменении этих данных. Данные сроки установлены п. 9 ч. 2 комментируемой статьи, которым предусмотрена необходимость **ежедневного** извещения ТФОМС в части данных о новых застрахованных лицах и сведений об изменении данных о ранее застрахованных лицах.

Штраф за нарушение данной обязанности составляет **3 тысячи рублей**. Поскольку данный штраф установлен комментируемым Законом, а порядок его взимания иными законодательными актами не установлен, то нельзя считать данный штраф административным наказанием.

8.2. Частью 11 комментируемой статьи установлена ответственность для страховой медицинской организации за **использование не по целевому назначению целевых средств**. Данная обязанность для них также установлена в ч. 2 комментируемой статьи (в п. 4). Санкция за нарушение данной обязанности составляет **10% от суммы** средств, использованных не по целевому назначению. Так же как и в отношении санкции, указанной в предыдущей части статьи, данный штраф не является административным штрафом, хотя и связан с публичными отношениями, определяющими целевой характер средств на ОМС.

8.3. Часть 12 комментируемой статьи определяет порядок и источник средств для уплаты штрафа за использование средств не по целевому назначению. Такой штраф подлежит уплате из **собственных средств страховой медицинской организации в течение 10 рабочих дней** со дня предъявления требований ТФОМС. В указанной норме не содержится данного положения, но страховая медицинская организация вправе обжаловать наложение данного штрафа в судебном порядке. Поскольку в комментируемом Законе нет иных требований, исполнение решения ТФОМС о наложении штрафа не приостанавливается обращением страховой медицинской организации в суд с заявлением об обжаловании такого решения.

8.4. Частью 13 комментируемой статьи установлена ответственность страховой медицинской организации за **невыполнение условий договора о финансовом обеспечении ОМС** в части контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Соответствующая обязанность страховой медицинской организации установлена п. 10 ч. 2 комментируемой статьи, а также раскрывается в ч. 2 - 9 ст. 40 комментируемого Закона.

Штраф за указанное нарушение установлен в размере **10% от суммы** средств, перечисленных ТФОМС на расходы на ведение дела по ОМС страховой медицинской организации за период, в течение которого установлены данные нарушения (ч. 18 комментируемой статьи).

Пример. ТФОМС Самарской области обратился в Арбитражный суд Самарской области с иском к ЗАО Страховая компания "Согласие-М" о взыскании штрафа за невыполнение объемов плановых медико-экономических экспертиз и экспертизы качества медицинской помощи согласно договору о финансовом обеспечении ОМС. Поводом обращения с иском явилось то, что ТФОМС было проведена проверка и выявлены нарушения в виде невыполнения объемов медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи. Истец направил в адрес ответчика претензию с предложением уплатить штраф в размере, которая последним была оставлена без удовлетворения.

Судами трех инстанций иск был удовлетворен, поскольку ими было правомерно установлено, что при количестве принятых ответчиком в 2014 году к оплате счетов 5 100 за оказанную скорую медицинскую помощь, медико-экономическая экспертиза должна была быть им проведена в 153 случаях; ответчик подверг экспертизе лишь 78 случаев оказания скорой медицинской помощи. Экспертиза качества медицинской помощи, соответственно, подлежала проведению в 76 случаях при проведении такой экспертизы ответчиком в одном случае.

Представленные истцом платежные поручения подтверждают перечисление ответчику в 4 квартале 2014 г. сумм на ведение дела, что прямо указано в графе "назначение платежа".

При таких условиях, учитывая ненадлежащее осуществление ответчиком контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления скорой медицинской помощи, суды пришли к обоснованному выводу о законности заявленных требований.

При этом, как правильно указали суды, факт того, что ответчик запланировал проведение медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи по случаям оказания скорой медицинской помощи в IV квартале 2014 г. только на декабрь данного года, не опровергает правомерность расчета истца (подробнее см. Постановление Арбитражного суда Поволжского округа от 29 марта 2016 г. N Ф06-6446/2016 по делу N А55-8879/2015).

8.5. Частью 14 комментируемой статьи установлено общее правило для ТФОМС при выявлении нарушений договорных обязательств, установленных Правилами ОМС. Так, **ТФОМС уменьшает платежи на сумму выявленных нарушений или неисполненных договорных обязательств**. Однако в действующей редакции Правил ОМС нарушения договорных обязательств не установлены. Перечень санкций (равно как и перечень нарушений) приводится в Перечне санкций за нарушение договорных обязательств, содержащемся в приложении N 3 к Типовому договору о финансовом обеспечении ОМС.

9. В ч. 15 - 17 комментируемой статьи рассматриваются вопросы, связанные с **расторжением договора о финансовом обеспечении ОМС**. Указанными частями регулируются два возможных основания досрочного расторжения такого договора: в ч. 15 комментируемой статьи - расторжение по инициативе страховой медицинской организации; в ч. 16 - расторжение договора в обязательном порядке независимо от воли сторон такого договора.

9.1. В ч. 15 комментируемой статьи предусмотрен обязательный порядок действий страховой медицинской организации при досрочном расторжении договора о финансовом обеспечении ОМС по ее инициативе. Во-первых, страховая медицинская организация, намеренная расторгнуть договор о финансовом обеспечении ОМС, обязана **уведомить ТФОМС и застрахованных лиц** об этом. Во-вторых, право на досрочное расторжение появляется у страховой медицинской организации только **через 3 месяца с даты уведомления** ТФОМС и застрахованных лиц о намерении расторгнуть договор о финансовом обеспечении ОМС.

9.2. Часть 16 комментируемой статьи предусматривает императивное правило, что **приостановление или прекращение действия лицензии, ликвидация** страховой медицинской организации означают, что договор о финансовом обеспечении ОМС считается расторгнутым с момента наступления указанных обстоятельств.

9.3. В ч. 17 комментируемой статьи указывается, что после прекращения действия договора о финансовом обеспечении ОМС и на период до выбора в течение двух месяцев застрахованными лицами другой страховой медицинской организации и заключения с ней договора о финансовом обеспечении ОМС **ТФОМС осуществляет обязанности и права страховой медицинской организации**, указанные в ч. 2 и 3 комментируемой статьи. Указанная статья в большей степени касается случая расторжения договора о финансовом обеспечении ОМС по основанию, указанному в ч. 16 комментируемой статьи, поскольку при расторжении договора о финансовом обеспечении ОМС по ч. 15 у застрахованных лиц имеется 3 месяца для выбора иной страховой медицинской организации.

По истечении двух месяцев ТФОМС направляет сведения о застрахованных лицах в страховые медицинские организации. ТФОМС единовременно направляет:

- в страховые медицинские организации сведения о застрахованных лицах в электронном виде (файлы изменений) с указанием даты страхования (дня направления указанных сведений). При этом ТФОМС обязан соблюдать принцип равенства распределения категорий застрахованных лиц между имеющимися страховыми медицинскими организациями. В случае отсутствия на территории субъекта РФ соответствующих страховых медицинских организаций (их филиалов) ТФОМС осуществляет права и обязанности страховых медицинских организаций в соответствии с ч. 11 ст. 14 комментируемого Закона;

- в центральный сегмент единого регистра застрахованных лиц сведения о страховых медицинских организациях, в которые распределены застрахованные лица, не осуществившие замену страховой медицинской организации.

Направление ТФОМС в страховую медицинскую организацию сведений о застрахованных лицах не является основанием для изготовления полиса обязательного медицинского страхования. Заявка на изготовление полиса формируется на основании информации, полученной из заявления застрахованного лица о выборе (замене) страховой медицинской организации.

10. Часть 18 устанавливает право страховой медицинской организации и обязанность ТФОМС на **предоставление средств, предназначенных на ведение дела по ОМС**. Размер средств определяется в соответствии с нормативом, предусмотренным договором о финансовом обеспечении ОМС, но не менее 1% и не более 2% от суммы средств, поступивших в страховую медицинскую организацию по дифференцированным подушевым нормативам. Норматив расходов на ведение дела устанавливается законом о бюджете ТФОМС в едином размере для всех страховых медицинских организаций.

Нормативы на ведение дела по ОМС, в частности, устанавливаются:

1) комментируемым Законом;

2) Правилами ОМС;

3) Приказом ФФОМС от 28 февраля 2019 г. N 36 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию";

4) Приказом ФФОМС от 7 апреля 2011 г. N 79 "Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования";

5) Порядком ведения персонифицированного учета в сфере ОМС.

Также ФФОМС были подготовлены Методические рекомендации "О расчете норматива расходов на ведение дела страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования", которые были направлены письмом ФФОМС от 15 июня 2012 г. N 4320/30-3/и.

11. Частью 19 комментируемой статьи устанавливается, что договоры о финансовом обеспечении ОМС заключаются с использованием **типовой формы таких договоров**. Во исполнение данной нормы был принят Приказ Минздравсоцразвития РФ от 9 сентября 2011 г. N 1030н, утвердивший Типовой договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

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

Комментарий к статье 39

1. Комментируемая статья посвящена **договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС**. Так же как и ст. 38 комментируемого Закона, комментируемая норма имеет сложную структуру:

- в ч. 1 - 2 комментируемой статьи дается определение договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и устанавливается его место в системе ОМС;

- ч. 3 - 4 комментируемой статьи посвящены условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС;

- в ч. 5 комментируемой статьи содержатся условия заключения указанного договора;

- ч. 6 комментируемой статьи касается исполнения договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС;

- ч. 7 - 9 комментируемой статьи посвящены ответственности за нарушение условий договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС;

- ч. 10 комментируемой статьи определяет последствия досрочного расторжения договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС;

- ч. 11 комментируемой статьи посвящена форме договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

2. В ч. 1 комментируемой статьи определяется место договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС в механизме обязательного медицинского страхования и субъекты, которые вправе заключить такой договор. Согласно комментируемой норме субъектами рассматриваемого договора являются:

1) **медицинская организация** (см. [комментарий к ст. 15](#Par1374)), во-первых, включенная в реестр медицинских организаций, а во-вторых, которой решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств ОМС. Согласно ч. 5 ст. 15 комментируемого Закона медицинская организация осуществляет свою деятельность в сфере ОМС на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС;

2) **страховая медицинская организация**, участвующая в реализации территориальной программы ОМС (см. [комментарий к ст. ст. 14](#Par1186) и [38](#Par2923)). Рассматриваемый договор является вторым договором, который заключается между участниками ОМС.

3. В ч. 2 комментируемой статьи приводится **легальное определение договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС**, согласно которому по данному договору медицинская организация обязуется оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы ОМС, а страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой ОМС.

3.1. Рассматриваемый договор следует признать частно-публичным гражданским договором (как и договор о финансовом обеспечении ОМС).

С одной стороны, налицо наличие имущественных обязательственных отношений между равноправными хозяйствующими субъектами. Помимо этого, данный договор - договор в пользу третьего лица (застрахованного лица), на что прямо указывает ст. 37 комментируемого Закона.

С другой стороны, данный договор заключается в рамках публичных отношений по ОМС, что влечет не только и не столько частноправовые последствия за его нарушение, сколько публично-правовые (например, ч. 9 комментируемой статьи), а также осуществление контроля за исполнением указанного договора со стороны третьих лиц, которые непосредственно в договоре не участвуют (ч. 11 ст. 40 комментируемого Закона предусмотрено проведение контроля за деятельностью страховых медицинских организаций по инициативе ФФОМС).

Частно-публичные начала в договоре о финансовом обеспечении ОМС проявляются и в том, что как равноправному субъекту страховая медицинская организация вправе отказывать медицинской организации в заключении данного договора, но если застрахованное лицо выбрало соответствующую медицинскую организацию и она включена в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, то отказ в заключении рассматриваемого договора не допускается.

Как и любой договор в российском праве, договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС может быть рассмотрен с четырех позиций: 1) как юридический факт (сделка); 2) как возникшее из соответствующей сделки правоотношение; 3) как конкретный документ, в котором зафиксированы определенные условия; 4) как правовой институт.

3.2. Дадим правовую характеристику рассматриваемому договору:

1) **договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС является обязательственным.** Из комментируемого договора вытекает, в частности, обязательство страховой медицинской организации по оплате медицинской помощи;

2) **договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС является имущественным договором.** Комментируемым договором предусмотрено перечисление денежных средств от страховой медицинской организации медицинской организации;

3) **договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС является двусторонне обязывающим (синаллагматическим),** что означает наличие обязанностей у каждой из сторон такого договора (ч. 3 комментируемой статьи предусмотрены обязанности медицинской организации, ч. 4 предусмотрены обязанности страховой медицинской организации);

4) **договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС содержит в себе признаки возмездного и безвозмездного договоров.** В рассматриваемом договоре не предполагается получения страховой медицинской организацией какого-либо имущественного предоставления со стороны медицинской организации;

5) **договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС является консенсуальным.** В рассматриваемом договоре не предусмотрена одновременная передача какого-либо имущества одновременно с его заключением, как в реальном договоре;

6) **договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС является срочным**, поскольку в соответствии с Типовым договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утв. Приказом Минздрава России от 24 декабря 2012 г. N 1355н (далее - Типовой договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС), каждый такой договор заключается на срок до 31 декабря года, в котором он заключен. Однако в указанном Типовом договоре содержится **упрощенный порядок продления** срока действия договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС: действие такого договора продлевается на следующий календарный год, если ни одна их сторон не заявит о его прекращении за 30 дней до его окончания;

7) **договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС является договором, заключенным в интересах третьих лиц** (ст. 430 ГК РФ), как это указано в ст. 37 комментируемого Закона. Вместе с тем необходимо отметить следующее:

- полученные страховой медицинской организацией от ТФОМС денежные средства направляются на погашение расходов медицинских организаций на оказание медицинской помощи застрахованным лицам. Пунктом 1 ст. 430 ГК РФ предусмотрено, что третье лицо вправе требовать от должника по договору исполнения в свою пользу. В то же время комментируемый Закон не предусматривает для застрахованных лиц возможность предъявления требований о выплатах в свою пользу;

- п. 1 ст. 430 ГК РФ предусмотрено, что договором в пользу третьего лица признается договор, в котором стороны установили, что должник обязан произвести исполнение не кредитору, а указанному или не указанному в договоре третьему лицу. Однако согласно комментируемой статье страховые медицинские организации не производят исполнение своих обязанностей непосредственно застрахованным лицам;

- в правовом регулировании договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС имеются отличия от общего порядка, наличие которых предусмотрено п. 2 ст. 430 ГК РФ: комментируемым Законом установлена возможность расторжения договора без согласия третьего лица;

8) **договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС нельзя в полной мере считать свободным договором или обязательным**, поскольку он содержит в себе черты и свободных договоров, и обязательных (более подробно см. [п. 6 комментария к настоящей статье](#Par3160));

9) **договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС является основным**, то есть непосредственно порождает права и обязанности сторон, связанные с перемещением материальных благ;

10) **договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС является непоименованным**, то есть данный договор не выделен в типах договоров, содержащихся в части 2 ГК РФ (п. 2 ст. 421 ГК РФ).

3.3. Единственным существенным условием договора о финансовом обеспечении ОМС является **условие о предмете договора**. Предметом данного договора является оказание медицинской помощи застрахованному лицу в рамках территориальной программы ОМС.

Отдельно необходимо указать на условия, которые должны обязательно быть включены в текст конкретного договора (ч. 3 - 4 комментируемой статьи). Комментируемый Закон не устанавливает какие-либо последствия в случае отсутствия данных условий, что не позволяет считать их существенными. В то же время, будучи включенными в текст договора, такие условия в соответствии с п. 1 ст. 432 ГК РФ являются существенными.

4. Частью 3 комментируемой статьи определены обязательные условия договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС в части **обязанностей страховых медицинских организаций**. В круг их обязанностей входит:

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 ОМС, обеспечение их конфиденциальности и сохранности, а также осуществление проверки их достоверности **(условие об информационной обязанности страховой медицинской организации)**. Корреспондирующей является обязанность медицинских организаций, установленная п. 1 ч. 4 комментируемой статьи и п. 5.4 Типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

Любопытно, что в Типовом договоре на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС осуществление указанных действий отнесено к правам страховой медицинской организации (п. 2.1), из чего можно сделать вывод, что получение и обработка соответствующей информации относятся к полномочиям страховой медицинской организации, то есть являются одновременно и ее правом, и обязанностью.

Строго говоря, правом страховым медицинских организаций является получение соответствующей информации, а обязанностями - обеспечение ее конфиденциальности и сохранности, а также проверка достоверности представленных сведений. В п. 12 Порядка ведения персонифицированного учета в сфере ОМС устанавливается, в частности, что при внесении сведений о застрахованном лице в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц страховая медицинская организация обеспечивает **достоверность и корректность вносимых сведений** и осуществляет проверки, позволяющие предотвратить появление в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц дублирующих записей;

2) проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях **(условие о праве страховой медицинской организации на проведение контроля за исполнением договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС)**. Данная обязанность раскрывается в ч. 2 - 9 ст. ст. 40, 41 настоящего Федерального закона (см. [комментарий к ст. ст. 40](#Par3224), [41](#Par3594)). Контроль осуществляется в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, который утвержден Приказом ФФОМС от 28 февраля 2019 г. N 36;

3) организация оказания медицинской помощи застрахованному лицу в другой медицинской организации в случае утраты медицинской организацией права на осуществление медицинской деятельности **(условие о последствиях досрочного расторжения договора на оказание и оплату медицинской помощи)**.

*О расторжении договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС при утрате медицинской организацией права на осуществление медицинской деятельности см.* [*п. 9 комментария к настоящей статье*](#Par3208)*.*

Помимо указанных в ч. 3 комментируемой статьи условий Типовым договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС **дополнительно предусмотрены следующие обязанности страховых медицинских организаций**:

- оплачивать медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в пределах объемов медицинской помощи по территориальной программе ОМС, в течение трех рабочих дней после получения средств ОМС от ТФОМС путем перечисления указанных средств на расчетный счет медицинской организации на основании предъявленных медицинской организацией счетов и реестров счетов. Данная обязанность должна быть исполнена до установленного договором числа каждого месяца включительно;

- направлять в медицинскую организацию аванс в размере суммы средств, указанной в заявке на авансирование, полученной от медицинской организации, до определенного договором числа каждого месяца включительно;

- передавать акты медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, содержащие результаты контроля, в медицинскую организацию;

- обеспечивать медицинскую организацию информационным материалом (брошюрами, листовками, памятками) о правах граждан в сфере ОМС, информационными стендами с плакатами и (или) информацией о предоставляемых видах и объемах медицинской помощи, условиях ее получения в соответствии с территориальной программой ОМС;

- проводить ежемесячно, на 1 число месяца, следующего за отчетным, а также ежегодно по состоянию на конец финансового года сверку расчетов с медицинской организацией, по результатам которой составляется акт о принятии к оплате счетов (реестров счетов) за оказанную медицинскую помощь, подтверждающий сумму окончательного расчета между сторонами и содержащий сведения, предусмотренные Правилами ОМС, и направлять подписанный (в том числе и с разногласиями) акт в медицинскую организацию в течение 5 рабочих дней после получения данных актов от медицинской организации;

- осуществлять информационный обмен сведениями о застрахованных лицах и оказанной им медицинской помощи в соответствии с общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере ОМС (см. [комментарий к ст. ст. 43](#Par3697), [44](#Par3765), [47](#Par4081) и [49](#Par4145));

- выполнять иные обязанности, предусмотренные комментируемым Законом и договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

5. В ч. 4 комментируемой статьи содержатся обязательные условия договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС в части **обязанностей медицинской организации**.

Условия об обязанностях медицинской организации, которые по замыслу законодателя должны быть обязательно включены в договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, ограничиваются **представлением информации и отчетности медицинской организацией**. Подобный подход законодателя свидетельствует о том, что договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС - это прежде всего инструмент контроля за расходованием средств ОМС и качества оказываемой медицинской помощи.

В число таких обязанностей входит:

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 (п. 1 ч. 4 комментируемой статьи). Данная обязанность медицинской организации детализируется в п. 5.4 Типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС. Медицинская организация обязана представлять страховой медицинской организации сведения:

- о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, изменении видов, объемов, плановых и фактических сроков оказания медицинской помощи в течение трех рабочих дней с даты изменения;

- застрахованном лице и оказанной ему медицинской помощи, необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (медицинскую, учетно-отчетную документацию, результаты внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи при наличии), подписанные акты медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в сроки, определенные Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС;

- показателях доступности и качества медицинской помощи, в том числе информацию о сроках ожидания медицинской помощи в организации;

2) **представление отчетности** об использовании средств ОМС, об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи и иной отчетности в соответствии с Приказом ФФОМС от 7 апреля 2011 г. N 79 "Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования" (п. 3 ч. 4 комментируемой статьи);

3) **представление счетов за оказанную медицинскую помощь**, что выражается в представлении реестра счетов и счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам (п. 2 ч. 4 комментируемой статьи). Примерный образец реестра счетов на оплату медицинской помощи приведен в приложении N 11 к Методическим указаниям по представлению информации в сфере ОМС. Реестр счетов формируется медицинской организацией ежемесячно, представляется в страховую медицинскую организацию (филиал) в течение пяти рабочих дней месяца, следующего за отчетным, и является основанием для оплаты страховой медицинской организацией (филиалом) медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в отчетном месяце.

Помимо указанных в ч. 4 комментируемой статьи условий Типовым договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС **дополнительно предусмотрен целый ряд обязанностей медицинской организации**, в частности:

- обеспечить застрахованным лицам реализацию права на выбор медицинской организации и врача в соответствии с законодательством РФ (см. п. п. 3 и 4 ч. 1 ст. 16 комментируемого Закона);

- бесплатно оказывать застрахованным лицам при наступлении страхового случая медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС;

- предоставлять застрахованным лицам сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, показателях доступности и качества медицинской помощи и информацию, получаемую от страховой медицинской организации;

- направлять в страховую медицинскую организацию в срок до 10-го числа текущего месяца заявку на авансирование в установленном размере от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи за последние 3 месяца, либо с периода начала действия настоящего договора (в случае периода действия договора менее трех месяцев). Примерный образец заявки на авансирование медицинской помощи приведен в приложении N 9 к Методическим указаниям по представлению информации в сфере ОМС. При этом медицинские организации, финансирование которых осуществляется по тарифу на основе подушевого норматива финансирования исходя из численности прикрепленных застрахованных лиц, заявку на авансирование медицинской помощи не формируют;

- использовать средства ОМС, полученные за оказанную медицинскую помощь в соответствии с территориальной программой ОМС;

- использовать средства нормированного страхового запаса ТФОМС для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования;

- вести раздельный учет по операциям со средствами ОМС;

- проводить ежемесячно на 1 число месяца, следующего за отчетным, а также ежегодно по состоянию на конец финансового года сверку расчетов со страховой медицинской организацией и направлять подписанный (в том числе и с разногласиями) акт в страховую медицинскую организации в течение 5 рабочих дней после получения данного акта от страховой медицинской организации;

- предоставлять страховой медицинской организации сведения об оказании медицинской помощи застрахованному лицу, пострадавшему в результате противоправных действий (бездействия) третьих лиц, одновременно с предоставлением счетов за оказанную медицинскую помощь (см. [комментарий к ст. ст. 31](#Par2370) и [32](#Par2455));

- при необходимости в течение 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным, направлять в комиссию по разработке территориальной программы ОМС заявку на перераспределение объемов предоставления медицинской помощи;

- выполнять иные обязанности, предусмотренные комментируемым Законом и договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

6. В ч. 5 комментируемой статьи указано, что **страховые медицинские организации не вправе отказать в заключении договора** на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС медицинской организации, отвечающей двум условиям:

1) выбранной застрахованным лицом;

2) включенной в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС.

Таким образом, комментируемой нормой установлены одновременно обязанность страховой медицинской организации заключить договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС при соблюдении указанных условий и обязанность медицинской организации заключить данный договор, в случае если в медицинскую организацию обращается лицо, застрахованное конкретной страховой медицинской организацией. При этом медицинская организация должна быть включена в реестр медицинских организаций, участвующих в ОМС, а также ей должен быть установлен объем предоставления медицинской помощи, предусмотренный решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

7. Частью 6 комментируемой статьи предусматриваются основания для оплаты медицинской помощи, пределы объемов оплачиваемой медицинской помощи, основания для расчетов медицинской помощи, а также порядок оплаты медицинской помощи.

7.1. **Основанием для оплаты медицинской помощи**, оказанной застрахованному лицу, являются предоставленные медицинской организацией **реестры счетов и счета на оплату медицинской помощи**.

Сведения об оказанной медицинской помощи направляются по **реестру счетов на оплату медицинской помощи**, который формируется медицинской организацией ежемесячно, представляется в страховую медицинскую организацию (филиал) в течение 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным, и является основанием для оплаты страховой медицинской организацией (филиалом) медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в отчетном месяце.

Образец реестра счетов на оплату медицинской помощи приведен в приложении N 12 к Методическим указаниям по представлению информации в сфере ОМС.

В реестр вносятся персонифицированные сведения о пролеченном больном и персонифицированные сведения об оказанной ему медицинской помощи на основе данных медицинской документации. При этом сведения о пролеченном ребенке до государственной регистрации рождения вносятся в реестр счетов на оплату медицинской помощи на основе персонифицированных данных о матери или другого законного представителя ребенка.

Медицинские организации, финансирование которых осуществляется по подушевому нормативу, наряду с персональными данными пролеченных застрахованных лиц и данными персонифицированного учета оказанной им медицинской помощи, включают в реестр счетов список прикрепленных застрахованных лиц, тариф на основе подушевого норматива финансирования и общую сумму финансирования на численность прикрепленных лиц. В реестр счетов могут включаться дополнительные сведения в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, применяемыми в субъекте РФ.

Отдельно предоставляются реестры счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис ОМС, и реестры счетов на оплату медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях застрахованным лицам **за пределами территории субъекта РФ, в котором выдан полис ОМС**.

Образец реестра счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, приведен в приложении N 14 к Методическим указаниям по представлению информации в сфере ОМС.

Данный реестр формируется медицинской организацией, оказавшей медицинскую помощь застрахованному лицу, и направляется в ТФОМС по месту оказания медицинской помощи не позднее 10 рабочих дней месяца, следующего за месяцем завершения случая оказания медицинской помощи.

7.2. **Пределы объемов оплачиваемой медицинской помощи** устанавливаются в соответствии с базовой и территориальной программами ОМС (см. [комментарий к ст. ст. 36](#Par2774) и [37](#Par2906)).

7.3. **Основаниями для расчетов медицинской помощи** являются тарифы на оплату ОМС, утверждаемые тарифным соглашением в соответствии со ст. 33 комментируемого Закона (см. [комментарий к ст. 33](#Par2517)).

7.4. **Порядок оплаты медицинской помощи** определяется Правилами ОМС. Указанными Правилами предусмотрено два вида расчетов: расчеты внутри одного субъекта РФ и межтерриториальные расчеты.

**Расчеты внутри одного субъекта РФ** осуществляются в следующем порядке:

1) страховая медицинская организация в соответствии с договором о финансовом обеспечении ОМС представляет в ТФОМС:

- заявку на авансирование;

- заявку на получение средств на оплату счетов;

2) остаток целевых средств, полученных по заявкам, страховая медицинская организация возвращает в ТФОМС в течение трех рабочих дней после завершения расчетов с медицинскими организациями за отчетный месяц.

Остаток целевых средств, возвращенный в ТФОМС, может быть заявлен страховой медицинской организацией для оплаты медицинской помощи в последующие периоды в случае превышения для данной страховой медицинской организации в отчетном месяце фактического объема средств на оплату медицинской помощи над объемом средств для оплаты медицинской помощи, определенным с учетом дифференцированных подушевых нормативов;

3) страховая медицинская организация направляет средства на оплату медицинской помощи в медицинские организации в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС;

4) медицинская организация ежемесячно формирует и направляет в страховую медицинскую организацию:

- заявку на авансирование медицинской помощи с указанием периода авансирования и суммы;

- счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов;

5) с учетом представленных реестров счетов страховые медицинские организации осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

6) медицинская организация и страховая медицинская организация в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС ежемесячно проводят сверку расчетов и составляют акт.

ТФОМС направляет в страховые медицинские организации и медицинские организации также средства нормированного страхового запаса в порядке, установленном Приказом ФФОМС от 27 марта 2019 г. N 54 "О порядке использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования".

**Межтерриториальные расчеты** осуществляются при следующих условиях: ТФОМС по месту оказания медицинской помощи осуществляет расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта РФ, в котором выдан полис ОМС, в объеме, установленном базовой программой ОМС, не позднее 25 дней с даты представления счета (реестра счетов) медицинской организацией с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. ТФОМС субъекта РФ, в котором выдан полис ОМС, осуществляет возмещение средств ТФОМС по месту оказания медицинской помощи не позднее 25 дней с даты получения счета (реестра счетов), предъявленного ТФОМС 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 межтерриториальных расчетов рассмотрен в* [*п. 6.1 комментария к ст. 34*](#Par2650)*.*

8. Части 7 - 9 комментируемой статьи посвящены **ответственности за нарушение условий договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС**. При этом ч. 7 комментируемой статьи касается ответственности страховых медицинских организаций перед медицинскими организациями, а ч. 8 и 9 комментируемой статьи посвящены ответственности медицинской организации.

8.1. В ч. 7 комментируемой статьи содержится положение, устанавливающее **ответственность страховой медицинской организации** за неоплату или несвоевременную оплату медицинской помощи, оказанной по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС. При наступлении таких обстоятельств страховая медицинская организация за счет собственных средств уплачивает медицинской организации пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка РФ, действующей на день возникновения просрочки, от неперечисленных сумм за каждый день просрочки.

Таким образом, комментируемой нормой установлен редкий для комментируемого Закона вид неустойки - **в виде пени**. Взыскиваемые на основании ч. 7 комментируемой статьи санкции являются разновидностью гражданско-правовой ответственности.

8.2. **Ответственность медицинских организаций**, действующих в сфере ОМС, по комментируемому Закону можно разделить на три вида:

1) **договорную ответственность**, к которой относится ответственность медицинской организации по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (ч. 8 комментируемой статьи).

Привлечение к данному виду ответственности происходит во внесудебном порядке, а именно по результатам контроля качества оказания услуг медицинскими организациями. Такой контроль осуществляется в трех направлениях:

- **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 ОМС, территориальной программе ОМС, способам и тарифам на оплату медицинской помощи;

- **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;

- **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.

Контроль качества оказания услуг медицинскими организациями осуществляется страховыми медицинскими организациями (ч. 12 ст. 40 комментируемого Закона). Также его вправе осуществлять ТФОМС (ч. 11 ст. 40 комментируемого Закона). Порядок организации и проведения контроля качества оказания услуг медицинскими организациями осуществляется на основании Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС.

Медицинская организация, привлеченная к ответственности за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, уплачивает **штраф** в порядке и размере, которые установлены договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС. По своей правовой природе данный штраф является штрафной неустойкой. Порядок расчета данного штрафа определяется п. 149 Правил ОМС.

Кроме того, 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 ОМС (ч. 1 ст. 41 комментируемого Закона).

Медицинская организация вправе оспаривать свое привлечение к ответственности за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества. Порядок обжалования заключений страховой медицинской организации по оценке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи установлен ст. 42 комментируемого Закона. Для этого медицинская организация в течение 15 рабочих дней со дня получения актов страховой медицинской организации направляет претензию в письменном виде с приложением необходимых документов в ТФОМС.

ТФОМС 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, которые проводятся экспертами, назначенными ТФОМС, и оформляются решением ТФОМС (ч. 3 и 4 ст. 42 комментируемого Закона). В случае если решение ТФОМС не удовлетворяет медицинскую организацию, последняя вправе обжаловать это решение в судебном порядке (ч. 5 ст. 42 комментируемого Закона);

2) **внедоговорную ответственность**, которой является ответственность за использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС (ч. 9 комментируемой статьи). По своей правовой природе такая ответственность является гражданско-правовой.

При наступлении данного вида ответственности медицинская организация уплачивает штраф в размере суммы нецелевого использования средств и пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка РФ, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств. Средства, использованные не по целевому назначению, медицинская организация возвращает в бюджет ТФОМС в течение 10 рабочих дней со дня предъявления ТФОМС соответствующего требования. Поскольку комментируемым Законом не предусмотрен специальный порядок привлечения к данному виду ответственности, то в случае несогласия медицинской организации с решением ТФОМС привлечение медицинской организации осуществляется в судебном порядке;

3) особо стоит выделить **ответственность за причинение вреда застрахованным лицам в ходе оказания медицинской помощи**. Такая ответственность также является внедоговорной (ч. 3 ст. 41 комментируемого Закона). Вред застрахованным лицам возмещается по правилам, установленным гл. 59 ГК РФ.

9. В ч. 10 комментируемой статьи содержится норма, в соответствии с которой договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС **считается расторгнутым**, если:

1) у страховой медицинской организации будет **приостановлена или прекращена лицензия**.

Как уже отмечалось в настоящем комментарии, порядок и условия выдачи лицензий определяются ст. 32 Закона РФ "Об организации страхового дела в РФ" (более подробно см. [комментарий к ст. 14](#Par1186)). В соответствии со ст. 32.5 указанного Закона лицензия выдается без ограничения срока ее действия и действует со дня ее получения субъектом страхового дела. Постановлением Правительства РФ от 31 декабря 2010 г. N 1227 "Об особенностях лицензирования деятельности страховых медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации" установлены особенности лицензирования страховых медицинских организаций.

Примечательно в комментируемой норме то, что она не в полной мере сопоставима с Законом РФ "Об организации страхового дела в РФ", поскольку последний не оперирует понятием "прекращение лицензии": вместо него используется понятие "отзыв лицензии", а также "аннулирование лицензии". В связи с этим полагаем, что допустимо использовать словосочетание "прекращение лицензии" в качестве собирательного термина для случаев отзыва и аннулирования лицензии у страховых медицинских организаций;

2) произойдет **ликвидация** страховой медицинской организации.

В соответствии с положениями гражданского законодательства юридическое лицо (организация) считается ликвидированным с момента исключения сведений о нем из ЕГРЮЛ (п. 9 ст. 63 ГК РФ, п. 6 ст. 22 ФЗ "О государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей"). Ликвидация юридического лица означает его прекращение без перехода в порядке универсального правопреемства его прав и обязанностей к другим лицам;

3) медицинская организация **утратит право на занятие медицинской деятельностью**. В соответствии с п. 10 ст. 2 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" медицинская организация для занятия медицинской деятельностью обязана получить лицензию в соответствии с положениями Федерального закона от 4 мая 2011 г. N 99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности". Следовательно, право на занятие медицинской деятельности утрачивается при **аннулировании лицензии или принятии решения о прекращении действия лицензии** медицинской организации (ст. 20 указанного Федерального закона).

Типовым договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС предусмотрен запрет на односторонний отказ от исполнения договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС. В то же время каждая из сторон указанного договора вправе **расторгнуть такой договор в одностороннем порядке**, однако страховая медицинская организация вправе расторгнуть договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС лишь при условии уведомления медицинской организации за 3 месяца.

10. Частью 11 комментируемой нормы устанавливается, что договоры на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС заключаются с использованием типовой формы таких договоров. Во исполнение данной нормы был принят Приказ Минздрава России от 24 декабря 2012 г. N 1355н, которым был утвержден Типовой договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

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

Комментарий к статье 40

1. В комментируемой статье устанавливаются основы организации и проведения **контроля в ОМС**, связанного с объемом, сроками, качеством и условиями предоставления медицинской помощи.

Часть 1 комментируемой статьи устанавливает наиболее общие требования к объему, срокам, качествам и условиям предоставления медицинской помощи в системе ОМС.

Собственно **медицинская помощь** определяется законодателем как комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг (п. 3 ст. 2 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ").

Под **объемом медицинской помощи** следует понимать совокупность лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых в рамках определенного вида медицинской помощи (первичной, специализированной, скорой и паллиативной - ч. 2 ст. 32 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ"). Указанным Федеральным законом выделяется **гарантированный объем медицинский помощи**, который устанавливается в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи (п. 5 ст. 10). При этом программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи состоит из двух частей: базовой программы ОМС, утверждаемой Правительством РФ, и территориальной программы ОМС, принимаемой в каждом субъекте РФ.

Под **сроками оказания медицинской помощи** понимаются установленные стандартами оказания медицинской помощи временные этапы лечения, в которые должна быть оказана медицинская помощь. В стандартах не используются максимальные или минимальные сроки, а определяются средние сроки лечения.

Качество оказания медицинской помощи определяется в соответствии с легальным определением, содержащимся в п. 21 ст. 2 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", в котором под **качеством медицинском помощи** понимается совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата. В литературе отмечается, что "потребитель не только пассивно присутствует при оказании ему медицинской помощи, но и сам активно участвует, влияет на этот процесс. Отношение человека к своему здоровью, адекватность исполнения им врачебных назначений и рекомендаций в огромной степени определяют качество медицинской помощи, получаемой им" <101>. Следовательно, при оценке качества медицинской помощи необходимо учитывать особенности каждого конкретного пациента.

--------------------------------

<101> Колоколов Г.Р., Махонько Н.И. Медицинское право: учебное пособие. М.: Дашков и К, 2009. С. 90.

**Условия предоставления медицинской помощи** определяются в нормативных актах и позволяют понять, в какой обстановке может быть оказана соответствующая медицинская помощь. Согласно ч. 3 ст. 35 комментируемого Закона требования к условиям оказания медицинской помощи устанавливаются в базовой программе ОМС. В соответствии с ч. 7 ст. 36 комментируемого Закона условия оказания медицинской помощи могут предусматриваться также в территориальной программе ОМС. Согласно ч. 3 ст. 32 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:

1) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);

2) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;

3) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

4) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

В совокупности объемы, сроки, качество и условия предоставления медицинской помощи оказывают влияние на такой показатель, как **эффективность медицинской помощи**, под которым следует понимать величину (размер), при которой соответствующий тип медицинского обслуживания и помощи достигает своей цели - улучшения состояния пациента (согласно Отраслевому стандарту ОСТ 9150 января 0005-2001 "Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении", введенному Приказом Минздрава России от 22 января 2001 г.).

Объем, сроки, качество и условия предоставления медицинской помощи медицинскими организациями в системе ОМС **должны соответствовать:**

1) **положениям территориальной программы ОМС.**

Согласно ч. 2 ст. 36 комментируемой статьи территориальная программа ОМС включает в себя виды и условия оказания медицинской помощи, перечень страховых случаев, установленные базовой программой ОМС, и определяет с учетом структуры заболеваемости в субъекте РФ значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо. Помимо этого, территориальная программа ОМС может включать в себя перечень страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой ОМС;

2) **договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.**

Данный договор согласно ст. 39 комментируемого Закона заключается между медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы ОМС и которым решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств ОМС, и страховой медицинской организацией, участвующей в реализации территориальной программы ОМС, в установленном настоящим Федеральным законом порядке (подробнее см. [комментарий к ст. 39](#Par3099)).

Данный договор предусматривает, что оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС. При этом проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях в соответствии с порядком, установленным ФФОМС, является одной из обязанностей страховых медицинских организаций, которые в обязательном порядке должны быть закреплены в договоре на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

Для обеспечения прав застрахованных лиц на получение в медицинских организациях, участвующих в реализации программ ОМС, бесплатной медицинской помощи в установленных территориальной программой ОМС и договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС объемах, сроках и условиях, а также надлежащего качества осуществляется **контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС** (далее также - контроль). Непосредственно порядок организации контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи установлен Приказом ФФОМС от 28 февраля 2019 г. N 36 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию".

Согласно словарному определению <102> **контроль** - это составная часть управления объектами и процессами с целью проверки соответствия наблюдаемого состояния объекта желаемому и необходимому положению, предусмотренному законами, инструкциями, другими нормативными актами, а также программами, планами, договорами, проектами, соглашениями. Таким образом, контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи является обязательной и необходимой частью осуществления государственной политики в сфере ОМС.

--------------------------------

<102> См.: Контроль // Экономика и право: словарь-справочник / Кураков Л.П., Кураков В.Л., Кураков А.Л. М.: Вуз и школа, 2004.

Говоря более подробно, к **целям контроля** в соответствии с п. 5 Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС относятся:

1) обеспечение бесплатного предоставления застрахованному лицу медицинской помощи в объеме и на условиях, установленных территориальной программой ОМС;

2) защита прав застрахованного лица на получение бесплатной медицинской помощи в объеме и на условиях, установленных территориальной программой ОМС, надлежащего качества в медицинских организациях, участвующих в реализации программ ОМС, в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС;

3) предупреждение дефектов медицинской помощи, являющихся результатом несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья застрахованного лица; невыполнения и (или) неправильного выполнения порядков оказания медицинской помощи и (или) стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, медицинских технологий путем анализа наиболее распространенных нарушений по результатам контроля и принятие мер уполномоченными органами;

4) проверка исполнения страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями обязательств по оплате и бесплатному оказанию застрахованным лицам медицинской помощи по программам ОМС;

5) проверка исполнения страховыми медицинскими организациями обязательств по изучению удовлетворенности застрахованных лиц объемом, доступностью и качеством медицинской помощи;

6) оптимизация расходов по оплате медицинской помощи при наступлении страхового случая и снижение страховых рисков в ОМС.

2. **Объектом** контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС является организация и оказание медицинской помощи по ОМС, а **субъектами** - ТФОМС, страховые медицинские организации и медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере ОМС.

При этом собственно контроль осуществляется посредством проведения мероприятий по проверке соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

В ч. 2 комментируемой статьи устанавливается, что контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи может проводиться **тремя способами**:

- путем проведения медико-экономического контроля;

- путем проведения медико-экономической экспертизы;

- путем проведения экспертизы качества медицинской помощи.

Указанные способы раскрываются в комментируемой статье далее в ч. 3 - 7.

3. Часть 3 комментируемой статьи посвящена такому способу контроля, как **проведение медико-экономического контроля**. Данный способ контроля по смыслу законодательства об ОМС является наиболее простым, первичным, но в то же время и наиболее массовым, поскольку проводится в отношении всех случаев оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Именно поэтому данный вид контроля автоматизирован. Исходя из положений комментируемой статьи, **субъектами** данного вида контроля являются специалисты страховых медицинских организаций и ТФОМС.

3.1. В соответствии с легальным определением, содержащимся в ч. 3 комментируемой статьи, **медико-экономический контроль** - это 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 ОМС, территориальной программе ОМС, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.

**Целями** медико-экономического контроля в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС являются:

1) проверка реестров счетов на соответствие установленному порядку информационного обмена в сфере ОМС;

2) идентификация лица, застрахованного конкретной страховой медицинской организацией (плательщика);

3) проверка соответствия оказанной медицинской помощи:

- территориальной программе ОМС;

- условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС;

- действующей лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;

4) проверка обоснованности применения тарифов на медицинские услуги, расчета их стоимости в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (см. раздел XI Правил об ОМС), способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи и договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС;

5) установление отсутствия превышения медицинской организацией объемов медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС, подлежащих оплате за счет средств ОМС.

Таким образом, в ходе проведения медико-экономического контроля производится **установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи** установленным критериям. Такими критериями являются:

1) **условия договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС**, заключаемых медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями, - таким образом осуществляется проверка надлежащего исполнения договорных условий со стороны медицинских организаций (подробнее см. [комментарий к ст. 39](#Par3089));

2) **положения территориальной программы ОМС** (подробнее см. [комментарий к ст. 36](#Par2774));

3) **установленные способы оплаты медицинской помощи.** В настоящее время способы оплаты медицинской помощи определяются в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (одобрены решением рабочей группы Минздрава России, оформленным протоколом от 9 декабря 2016 г. N 66/11/18). В соответствии с данными Методическими рекомендациями способы оплаты медицинской помощи разделяются на три группы:

а) способы оплаты медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп и клинико-профильных групп;

б) способы оплаты первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в том числе на основе подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, где в свою очередь выделяются следующие способы оплаты:

- во-первых, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай);

- во-вторых, за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис ОМС, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

- в-третьих, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);

в) способы оплаты скорой медицинской помощи, в том числе на основе подушевого норматива финансирования;

4) **тарифы на оплату медицинской помощи** - устанавливаются в соответствии со ст. 30 комментируемого Закона тарифными соглашениями между органом исполнительной власти субъекта РФ, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта РФ, ТФОМС, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав комиссии по разработке территориальной программы ОМС. Тариф на оплату медицинской помощи определяется в соответствии с комментируемым Законом и Правилами ОМС. Тарифы могут устанавливаться медицинским организациям на срок до трех лет и индексироваться при условии участия таких медицинских организаций в сфере ОМС в указанном периоде (подробнее см. [комментарий к ст. 30](#Par2260)).

3.2. В ч. 3 комментируемой статьи указано, что **сведения для проведения медико-экономического контроля предоставляются самими медицинскими организациями**. Порядок предоставления сведений регулируется ст. 47 комментируемого Закона, оно осуществляется в электронной форме. Сведения направляются в виде **реестра счетов на оплату медицинской помощи**, который формируется медицинской организацией ежемесячно, представляется в страховую медицинскую организацию (филиал) в течение пяти рабочих дней месяца, следующего за отчетным, и является основанием для оплаты страховой медицинской организацией (филиалом) медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в отчетном месяце. Отдельно предоставляются реестры счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования и реестры счетов на оплату медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях застрахованным лицам за пределами территории субъекта РФ, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования.

Выявленные в реестрах счетов нарушения отражаются в акте медико-экономического контроля с указанием суммы уменьшения счета по каждой записи реестра, содержащей сведения о дефектах медицинской помощи и (или) нарушениях при оказании медицинской помощи.

При направлении реестра нужно руководствоваться Методическими указаниями по представлению информации в сфере ОМС, в которых приведен унифицированный образец реестра счетов на оплату медицинской помощи (приложение N 12) и даны разъяснения по его заполнению.

Результаты медико-экономического контроля, оформленные соответствующим актом, согласно ч. 9 настоящей статьи:

1) являются **основанием для применения санкций к медицинским организациям** за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, предусмотренных ст. 41 настоящего Федерального закона, в виде неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи, а также штрафа за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС согласно условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС (см. [п. 8.2 комментария к ст. 39](#Par3194), [комментарий к ст. 41](#Par3594));

2) могут **являться основанием** для проведения медико-экономической экспертизы; организации и проведения экспертизы качества медицинской помощи; проведения повторного медико-экономического контроля, повторных медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи ТФОМС или страховой медицинской организацией по заданию ТФОМС.

4. Части 4 и 5 комментируемой статьи посвящены **медико-экономической экспертизе**. В ч. 4 дается легальное определение данной экспертизе, а в ч. 5 содержатся требования к лицу, которое может ее осуществлять. Медико-экономическая экспертиза является следующим шагом в осуществлении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи после медико-экономического контроля.

4.1. В соответствии с ч. 4 комментируемой статьи **медико-экономическая экспертиза** - это установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.

Как видно из приведенного определения, в ходе проведения медико-экономической экспертизы производится установление двух показателей: **фактических сроков оказания медицинской помощи** и **объема предъявленных к оплате медицинских услуг**.

Соответствие устанавливается в отношении **записей в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации**.

Согласно Отраслевому стандарту ОСТ 9150 января 0005-2001 "Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении", введенному Приказом Минздрава России от 22 января 2001 г., **медицинские документы** - это специальные формы документации, ведущиеся медицинским персоналом, в которых регламентируются действия, связанные с оказанием медицинских услуг.

В настоящее время **к первичной медицинской документации относят** документы, формы которых содержатся в:

- Приказе Минздрава России от 15 декабря 2014 г. N 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению";

- Приказе Минздрава РФ от 31 декабря 2002 г. N 420 "Об утверждении форм первичной медицинской документации для психиатрических и наркологических учреждений";

- Перечне форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения, утв. Приказом Минздрава СССР от 4 октября 1980 г. N 1030. Правомерность использования учреждениями здравоохранения бланков, утвержденных данным Приказом, до издания нового альбома образцов учетных форм была подтверждена письмом Минздравсоцразвития РФ от 30 ноября 2009 г. N 14-6/242888.

Например, первичными медицинскими документами являются: медицинская карта стационарного больного (форма 003/у), медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма 025/у), медицинская карта ортодонтического пациента (форма 043/у), индивидуальная карта беременной и роженицы (форма 111/у), выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного (форма 027/у), журнал записи рентгенологических исследований (форма 050/у) и др.

**Учетная и отчетная медицинская документация** в условиях взаимодействия органов управления здравоохранением субъектов РФ и ТФОМС в учреждениях здравоохранения системы Минздрава России ведется на основании Приказа Минздрава России от 30 декабря 2002 г. N 413 "Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации". Данным Приказом с 1 января 2003 года в действие введены:

- учетная форма N 039/у-02 "Ведомость учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому";

- учетная форма N 007/у-02 "Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении";

- учетная форма N 016/у-02 "Сводная ведомость движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении";

- учетная форма N 007дс/у-02 "Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому";

- учетная форма N 066/у-02 "Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому";

- учетная форма N 14-дс "Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения".

4.2. В соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС медико-экономическая экспертиза осуществляется в виде:

1) **целевой медико-экономической экспертизы.**

Целевая медико-экономическая экспертиза проводится в течение месяца после предоставления реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ.

Установлены два основания для проведения целевой медико-экономической экспертизы. Такая экспертиза проводится в случаях:

- повторных обращений по поводу одного и того же заболевания: в течение 15 дней - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 30 дней - при повторной госпитализации; в течение 24 часов от момента предшествующего вызова - при повторном вызове скорой медицинской помощи. При проведении целевой медико-экономической экспертизы по случаям повторного обращения (госпитализации) по поводу одного и того же заболевания установленные сроки исчисляются с момента предоставления к оплате счета, содержащего информацию о повторном обращении (госпитализации);

- получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность медицинской помощи в медицинской организации. Проведение целевой медико-экономической экспертизы в случае поступления жалоб застрахованных лиц или их представителей не зависит от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи.

Количество целевых медико-экономических экспертиз определяется количеством случаев, требующих ее проведения;

2) **плановой медико-экономической экспертизы.**

Плановая медико-экономическая экспертиза осуществляется в течение месяца по счетам, предоставленным к оплате за оказанную застрахованному лицу медицинскую помощь по ОМС. При ее проведении оцениваются:

- характер, частота и причины нарушений прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи по ОМС в установленных договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС объеме, сроках, качестве и условиях;

- объем оказанной медицинской организацией медицинской помощи и его соответствие установленному решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС объему, подлежащему оплате за счет средств ОМС;

- частота и характер нарушений медицинской организацией порядка формирования реестров счетов.

Особым подвидом плановой медико-экономической экспертизы является **плановая тематическая медико-экономическая экспертиза**, которая проводится в отношении определенной совокупности случаев оказания медицинской помощи, отобранных по тематическим признакам (например, частота и виды послеоперационных осложнений, продолжительность лечения, стоимость медицинских услуг) в медицинской организации в соответствии с планом, согласованным ТФОМС. Отбор случаев для плановой медико-экономической экспертизы осуществляется в пределах одного года с даты предоставления счетов и реестров счетов к оплате.

Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС определен **минимальный объем проводимых ежемесячных медико-экономических экспертиз**, составляющий:

1) при оказании медицинской помощи стационарно, в дневном стационаре - 8% от числа законченных случаев лечения;

2) при оказании медицинской помощи амбулаторно - 0,8% от числа поданных на оплату страховых случаев;

3) при оказании медицинской помощи вне медицинской организации - 3% от числа поданных на оплату случаев.

При превышении в течение месяца количества дефектов медицинской помощи и (или) нарушений при оказании медицинской помощи 30% от числа случаев оказания медицинской помощи, по которым была проведена медико-экономическая экспертиза, в следующем месяце объем проверок от числа принятых к оплате счетов по случаям оказания медицинской помощи должен быть **увеличен не менее чем в 2 раза** по сравнению с предыдущим месяцем.

4.3. В соответствии с ч. 5 комментируемой статьи медико-экономическую экспертизу осуществляет **специалист-эксперт**, являющийся врачом (подтверждается дипломом о высшем медицинском образовании). Он должен отвечать следующим требованиям:

а) иметь стаж работы по врачебной специальности не менее 5 лет (документом, подтверждающим стаж работы по соответствующей врачебной специальности, обычно является трудовая книжка);

б) пройти соответствующую подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС (подтверждается свидетельством о подготовке по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС).

Согласно п. 80 Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС **при осуществлении экспертной деятельности специалист-эксперт проводит**:

- выборочный контроль объемов медицинской помощи по страховым случаям путем сопоставления фактических данных об оказанных застрахованному лицу медицинских услугах с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи;

- отбор случаев для экспертизы качества медицинской помощи и обоснование необходимости ее проведения, подготовку документации, необходимой эксперту качества медицинской помощи для проведения экспертизы качества медицинской помощи;

- подготовку материалов используемой методической базы для экспертизы качества медицинской помощи (порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, клинических протоколов, методических рекомендаций и др.);

- обобщение, анализ заключений, подготовленных экспертом качества медицинской помощи, участие в подготовке акта установленной формы или подготовку акта установленной формы;

- подготовку предложений по предъявлению претензий или исков к медицинской организации по возмещению вреда, причиненного застрахованным лицам, и санкций, применяемых к медицинской организации;

- ознакомление руководства медицинской организации с результатами медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи;

- обобщение и анализ результатов контроля, подготовку предложений по осуществлению целевых и тематических медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи;

- оценку удовлетворенности застрахованных лиц организацией, условиями и качеством оказанной медицинской помощи.

4.4. По итогам плановой или целевой медико-экономической экспертизы специалистом-экспертом составляется **акт медико-экономической экспертизы** в двух экземплярах: один передается в медицинскую организацию, один остается в страховой медицинской организации (ТФОМС). Составление такого акта предусмотрено ч. 9 настоящей статьи.

Так же как и в случае с медико-экономическим контролем, результаты медико-экономической экспертизы, оформленные соответствующим актом, являются **основанием для применения к медицинской организации санкций**, предусмотренных ст. 41 комментируемого Закона и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС (см. [п. 9 комментария к настоящей статье](#Par3483)), а также могут являться **основанием для проведения экспертизы качества медицинской помощи**.

5. Части 6 и 7 комментируемой статьи содержат основные положения относительно **экспертизы качества медицинской помощи** и устанавливают требования к эксперту качества медицинской помощи. Целями экспертизы качества медицинской помощи являются:

- оценка правильности выбора медицинской технологии;

- степень достижения запланированного результата;

- установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи.

Согласно ч. 6 комментируемой статьи, **экспертиза качества медицинской помощи** - это 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. В рамках данной экспертизы устанавливается соответствие предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи:

- договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС;

- порядкам оказания медицинской помощи;

- стандартам медицинской помощи;

- клиническим рекомендациям (протоколам лечения) по вопросам оказания медицинской помощи;

- сложившейся клинической практике.

Таким образом, данный вид экспертизы является единственным из указанных в комментируемом Законе, который касается только вопросов медицинской помощи, не затрагивая вопросы экономики и организации медицинской помощи.

Приказом Минздрава России от 10 мая 2017 г. N 203н утверждены **Критерии** **качества медицинской помощи**. Критерии качества применяются в целях оценки своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата. Критерии качества применяются по группам заболеваний (состояний) и по условиям оказания медицинской помощи (в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и стационарных условиях).

5.1. В соответствии с действующими нормативными актами в сфере ОМС экспертиза качества медицинской помощи может проводиться с использованием обычного подхода и с использованием мультидисциплинарного подхода.

5.1.1. **Обычный подход** к экспертизе качества медицинской помощи устанавливается в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС. Данный порядок определяет основания, виды, случаи, объем экспертизы.

**Основанием** для проведения экспертизы качества медицинской помощи является поручение ТФОМС или страховой медицинской организации. Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи, включенным в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи. Реестр ведется в соответствии с Приказом ФФОМС от 13 декабря 2011 г. N 230 "Об утверждении Порядка ведения территориального реестра экспертов качества медицинской помощи территориальным фондом обязательного медицинского страхования и размещения его на официальном сайте территориального фонда обязательного медицинского страхования в сети Интернет".

Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС установлен **минимальный объем ежемесячных экспертиз качества медицинской помощи**, составляющий:

- при оказании медицинской помощи стационарно - 5% от числа законченных случаев лечения;

- при оказании медицинской помощи в дневном стационаре - 3% от числа законченных случаев лечения;

- при оказании медицинской помощи амбулаторно - 0,5% от числа поданных на оплату страховых случаев;

- при оказании медицинской помощи вне медицинской организации - 1,5% от числа поданных на оплату случаев.

Экспертиза качества медицинской помощи может быть целевой и внеплановой.

**Целевая экспертиза качества медицинской помощи** проводится в случаях:

- получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность и качество медицинской помощи в медицинской организации;

- летальных исходов;

- внутрибольничного инфицирования и осложнения заболевания;

- первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;

- повторного обоснованного обращения по поводу одного и того же заболевания: в течение 15 дней - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 30 дней - при повторной госпитализации; в течение 24 часов от момента предшествующего вызова - при повторном вызове скорой медицинской помощи;

- отобранных по результатам целевой медико-экономической экспертизы.

Целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится **в течение месяца** после предоставления реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам, за исключением случаев, установленных законодательством РФ, и случаев первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей. Указанный срок целевой экспертизы качества может быть продлен при необходимости получения результатов патологоанатомического вскрытия при летальном случае, результатов расследования Роспотребнадзора при внутрибольничном инфицировании и иных случаях в соответствии с законодательством РФ и нормативными правовыми актами федеральных органов исполнительной власти. Организационные экспертные мероприятия (например, запрос материалов, необходимых для проведения экспертизы качества медицинской помощи и их анализ, переговоры с экспертом) осуществляются в течение месяца после предоставления реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам.

При проведении целевой экспертизы качества медицинской помощи по случаям, отобранным по результатам целевой медико-экономической экспертизы, общие сроки проведения целевой экспертизы качества медицинской помощи могут увеличиваться **до шести месяцев** с момента предоставления счета на оплату.

При проведении целевой экспертизы качества медицинской помощи по случаям повторного обращения (госпитализации) по поводу одного и того же заболевания установленные сроки исчисляются с момента предоставления на оплату счета, содержащего информацию о повторном обращении (госпитализации).

При выявлении страховой медицинской организацией случаев летальных исходов, внутрибольничного инфицирования и осложнений заболеваний, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится **независимо от времени**, прошедшего с момента оказания медицинской помощи.

Проведение целевой экспертизы качества медицинской помощи в случае поступления жалоб застрахованных лиц или их представителей также не зависит от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи, и осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 2 мая 2006 г. N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации" и иными нормативными правовыми актами, регламентирующими работу с обращениями граждан.

При проведении целевой экспертизы качества медицинской помощи оценке подлежат все этапы и уровни оказания медицинской помощи.

**Плановая экспертиза качества медицинской помощи** проводится с целью оценки соответствия объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи группам застрахованных лиц, разделенным по возрасту, заболеванию или группе заболеваний, этапу медицинской помощи и другим признакам, условиям, предусмотренным договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится по случаям оказания медицинской помощи по ОМС, отобранным:

а) методом случайной выборки - для оценки характера, частоты и причин нарушений прав застрахованных лиц на своевременное получение медицинской помощи установленного территориальной программой ОМС объема и качества, в том числе обусловленных неправильным выполнением медицинских технологий, повлекших ухудшение состояния здоровья застрахованного лица, дополнительный риск неблагоприятных последствий для его здоровья, неоптимальное расходование ресурсов медицинской организации, неудовлетворенность медицинской помощью застрахованных лиц;

б) по тематически однородной совокупности случаев - в отношении определенной совокупности случаев оказания медицинской помощи по ОМС, отобранных по тематическим признакам в каждой медицинской организации или группе медицинских организаций, предоставляющих медицинскую помощь по ОМС одного вида или в одних условиях. Выбор тематики осуществляется на основании показателей деятельности медицинских организаций, их структурных подразделений и профильных направлений деятельности:

- больничной летальности, частоты послеоперационных осложнений, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей, частоты повторных госпитализаций, средней продолжительности лечения, укороченных или удлиненных сроков лечения, стоимости медицинских услуг и других показателей;

- результатов внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи. Порядок организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности утвержден Приказом Минздрава России от 21 декабря 2012 г. N 1340н;

- результатов проведенной медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, оценки лечебно-диагностического процесса;

- наличия подтверждающих признаков повторяющихся, систематических ошибок либо тенденций, свидетельствующих о наличии возможных дефектов лечебно-диагностического процесса.

Плановая тематическая экспертиза качества медицинской помощи направлена на **решение следующих задач**:

- выявление, установление характера и причин типичных (повторяющихся, систематических) ошибок в лечебно-диагностическом процессе;

- сравнение качества медицинской помощи, предоставленной группам застрахованных лиц.

В проведении плановой тематической экспертизы качества медицинской помощи принимают участие эксперты качества медицинской помощи, являющиеся главными внештатными специалистами органа управления здравоохранением субъекта РФ.

Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится в каждой медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по ОМС, **не реже одного раза в течение календарного года** в сроки, определенные планом проверок.

Экспертиза качества медицинской помощи может проводиться в период оказания застрахованному лицу медицинской помощи **(очная экспертиза)**, в том числе по обращению застрахованного лица или его представителя. Основной целью очной экспертизы является предотвращение и (или) минимизация отрицательного влияния на состояние здоровья пациента дефектов медицинской помощи.

Экспертом качества медицинской помощи с уведомлением администрации медицинской организации может проводиться обход подразделений медицинской организации с целью контроля условий оказания медицинской помощи, подготовки материалов для экспертного заключения, а также **консультирования застрахованного лица**. При консультировании обратившееся застрахованное лицо информируется о состоянии его здоровья, степени соответствия оказываемой медицинской помощи порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС с разъяснением его прав в соответствии с законодательством РФ.

5.1.2. **Мультидисциплинарный подход** к экспертизе качества медицинской помощи основывается на Методических рекомендациях по порядку проведения экспертизы качества медицинской помощи (мультидисциплинарный подход), оформленных письмом ФФОМС от 15 сентября 2016 г. N 8546/30-5/и. В соответствии с указанными Методическими рекомендациями экспертиза качества медицинской помощи с применением мультидисциплинарного подхода предполагает привлечение экспертов качества медицинской помощи **более чем по одной специальности**, в том числе для оценки качества разных видов медицинской помощи на различных этапах и (или) уровнях оказания медицинской помощи.

К экспертизе качества медицинской помощи с применением мультидисциплинарного подхода также применяется Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС.

Поводом для проведения **целевой экспертизы** качества медицинской помощи **с применением мультидисциплинарного подхода** могут являться:

1) жалобы граждан на качество медицинской помощи, в оказании которой принимали участие специалисты разных профилей;

2) случаи летального исхода, в том числе вне медицинских организаций, при следующих нозологических формах:

- острый коронарный синдром (код МКБ-10 - I20.0; I21 - I24),

- острое нарушение мозгового кровообращения (код МКБ10 - I60 - I63; G45 - G46),

- внебольничные и госпитальные пневмонии (код МКБ-10 - J12 - J18),

- злокачественные новообразования молочной железы у женщин (код МКБ-10 - C50);

3) первичный выход на инвалидность лиц трудоспособного возраста по поводу:

- последствий острого коронарного синдрома (код МКБ-10 - I20.0; I21 - I24),

- острого нарушения мозгового кровообращения (код МКБ-10 - I60 - I63; G45 - G46).

Поводом для проведения **плановой тематической экспертизы** качества медицинской помощи **с применением мультидисциплинарного подхода** могут являться:

- случаи оказания медицинской помощи при заболеваниях, занимающих лидирующие позиции в динамике и структуре смертности населения на территории субъекта РФ, по заданию ТФОМС;

- случаи оказания медицинской помощи при заболеваниях, занимающих лидирующие позиции в динамике и структуре смертности населения на территории РФ, по заданию ФФОМС;

- случаи, отобранные страховой медицинской организацией по результатам медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, если проведение экспертизы одним экспертом не позволяет сделать заключение об объеме и качестве медицинской помощи (критерием отбора случаев для проведения экспертизы качества медицинской помощи с применением мультидисциплинарного подхода могут быть случаи перевода пациента в другие отделения, в том числе в отделение реанимации и интенсивной терапии, в период одной госпитализации в рамках одной медицинской организации);

- необходимость контроля качества медицинской помощи в динамике.

5.1.3. Важно отметить, что указанный порядок экспертизы качества сейчас можно расценить как временный, поскольку с 1 января 2022 г. комментируемая часть дополняется предложением следующего содержания: "Экспертиза качества медицинской помощи проводится на основании критериев оценки качества медицинской помощи, утвержденных в соответствии с частью 2 статьи 64 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

5.2. В соответствии с ч. 7 комментируемой статьи экспертизу качества медицинской помощи осуществляет **эксперт качества медицинской помощи**, являющийся **врачом-специалистом**, отвечающим следующим требованиям:

а) имеющим высшее профессиональное образование и свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста (подтверждается дипломом о высшем медицинском образовании, сертификатом специалиста или свидетельством об аккредитации);

б) имеющим стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет (документом, подтверждающим стаж работы по соответствующей врачебной специальности, обычно является трудовая книжка);

в) прошедшим подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС (подтверждается свидетельством о подготовке по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС);

г) включенным в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи (см. [п. 6 комментария к настоящей статье](#Par3433)).

Эксперт качества медицинской помощи проводит экспертизу качества медицинской помощи **по своей основной медицинской специальности**, определенной дипломом, свидетельством об аккредитации специалиста или сертификатом специалиста.

При проведении экспертизы качества медицинской помощи эксперт качества медицинской помощи имеет право на сохранение анонимности (конфиденциальности).

**Основной задачей** эксперта качества медицинской помощи является проведение экспертизы качества медицинской помощи с целью выявления **дефектов медицинской помощи**, включая оценку правильности выбора медицинской организации, степени достижения запланированного результата, установление причинно-следственных связей выявленных дефектов медицинской помощи, оформление экспертного заключения и рекомендаций по улучшению качества медицинской помощи в ОМС.

**Полномочия эксперта качества медицинской помощи** при проведении экспертизы определены п. 83 Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС. В соответствии с ними эксперт:

1) использует медицинские документы, содержащие описание лечебно-диагностического процесса, при необходимости выполняет осмотр пациентов;

2) предоставляет сведения об используемых нормативных документах (порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, клинические протоколы, методические рекомендации) по требованию должностных лиц медицинской организации, в которой проводится экспертиза качества медицинской помощи;

3) соблюдает правила врачебной этики и деонтологии, сохраняет врачебную тайну и обеспечивает сохранность полученных во временное пользование медицинских документов и их своевременный возврат организатору экспертизы качества медицинской помощи или в медицинскую организацию;

4) при проведении очной экспертизы качества медицинской помощи обсуждает с лечащим врачом и руководством медицинской организации предварительные результаты экспертизы качества медицинской помощи.

В разделе VI Методических указаний о порядке ведения реестров экспертов качества медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования, направленных письмом ФФОМС 17 февраля 2011 г. N 822/30-5/и (далее - Методические указания о порядке ведения реестров экспертов качества медицинской помощи в сфере ОМС), приведены положения, характеризующие **условия труда и оплаты экспертов качества медицинской помощи**.

Порядок оплаты зависит от того основания, на котором работают эксперты. Если они являются штатными сотрудниками ТФОМС или страховых медицинских организаций, участвующих в проведении экспертизы качества медицинской помощи, оплата их деятельности производится в установленном трудовым законодательством РФ порядке.

Если эксперты качества медицинской помощи не являются штатными сотрудниками ТФОМС и страховых медицинских организаций, то они привлекаются для выполнения работ по экспертизе качества медицинской помощи на условиях заключения гражданско-правовых договоров в порядке, установленном гражданским законодательством РФ.

Логичным является требование того, чтобы эксперт качества медицинской помощи **не привлекался к экспертизе** качества медицинской помощи в медицинской организации, с которой он состоит в трудовых или иных договорных отношениях и в случаях, когда пациент является (являлся) его родственником или больным, в лечении которого эксперт качества медицинской помощи принимал участие. Данные требования призваны устранить конфликт интересов при вынесении экспертного заключения.

Порядок и нормы оплаты труда экспертов качества медицинской помощи, не состоящих в штате ТФОМС и страховых медицинских организаций, определяются приказом ТФОМС по согласованию с региональным объединением страховых медицинских организаций и органом управления здравоохранением субъекта РФ.

Расчет стоимости работ экспертов качества медицинской помощи осуществляется в зависимости от минимального размера оплаты труда, установленного законодательством Российской Федерации на момент проведения экспертизы качества медицинской помощи, вида медицинской документации, вида и сложности экспертизы качества медицинской помощи, а также квалификации эксперта качества медицинской помощи.

Рекомендуемый расчет оплаты труда дан в приложении N 5 к Методическим указаниям о порядке ведения реестров экспертов качества медицинской помощи в сфере ОМС.

5.3. По итогам экспертизы качества медицинской помощи экспертом, осуществлявшим проведение экспертизы качества медицинской помощи, оформляется **экспертное заключение**, оформляемое **актом** (ч. 9 комментируемой статьи).

В соответствии с ч. 10 комментируемой статьи надлежащим образом оформленные результаты экспертизы качества медицинской помощи, являются **основанием для применения к медицинской организации санкций**, предусмотренных ст. 41 комментируемого Закона и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС (см. [п. 9 комментария к настоящей статье](#Par3483)).

Страховые медицинские организации на основании актов экспертизы качества медицинской помощи готовят **предложения по улучшению качества медицинской помощи** и направляют их в ТФОМС с приложением планов мероприятий по устранению нарушений в оказании медицинской помощи, выявленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи, представленных медицинскими организациями.

6. Часть 7.1 комментируемой статьи посвящена **территориальному реестру экспертов качества медицинской помощи**. Территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи содержит сведения об экспертах качества медицинской помощи, осуществляющих экспертизу качества медицинской помощи в рамках контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС в субъекте РФ.

При этом согласно п. 11 ч. 8 ст. 33 комментируемого Закона ФФОМС ведет **единый реестр экспертов качества медицинской помощи**, являющийся совокупностью электронных баз данных территориальных реестров экспертов качества медицинской помощи.

Порядок ведения территориального реестра устанавливается на основании комментируемого Закона и в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС. Непосредственно Порядок ведения территориального реестра экспертов качества медицинской помощи территориальным фондом обязательного медицинского страхования и размещения его на официальном сайте территориального фонда обязательного медицинского страхования в сети Интернет утвержден Приказом ФФОМС от 13 декабря 2011 г. N 230.

Собственно территориальный реестр представляет собой поименный список врачей-специалистов, имеющих высшее профессиональное образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет, прошедших подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС.

Реестр ведется на бумажном и электронном носителях путем внесения реестровых записей. При несоответствии записей на электронном носителе записям на бумажном носителе информация на электронном носителе приводится в соответствии с информацией, содержащейся на бумажном носителе. Реестровая запись содержит информацию об эксперте качества медицинской помощи, в том числе фамилию, имя, отчество (при наличии), специальность, стаж работы по специальности и иные сведения, предусмотренные Приказом ФФОМС от 13 декабря 2011 г. N 230.

Актуализация информации в территориальном реестре осуществляется ежемесячно (до 5 числа месяца, следующего за отчетным).

6.1. **Включение сведений** об эксперте качества медицинской помощи в реестр осуществляется на основании:

1) ходатайства одного (одной) из нижеперечисленных органов или организаций:

- органа исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения;

- управления Росздравнадзора по субъекту РФ;

- профессиональной медицинской ассоциации;

- общественного объединения специалистов медицинского профиля;

- медицинской организации;

- страховой медицинской организации.

Форма ходатайства дана в приложении N 1 к Методическим указаниям о порядке ведения реестров экспертов качества медицинской помощи в сфере ОМС;

2) заявления врача-специалиста (включение сведений об эксперте качества медицинской помощи в реестр на основании ходатайства осуществляется при наличии письменного согласия врача-специалиста). Форма заявления приведена в приложении N 2 к Методическим указаниям о порядке ведения реестров экспертов качества медицинской помощи в сфере ОМС;

3) копий документов:

- диплома о высшем медицинском образовании;

- сертификата (сертификатов) специалиста (свидетельства (свидетельств) об аккредитации (при наличии));

- свидетельства (свидетельств) о присвоении квалификационной категории (при наличии);

- свидетельства о подготовке по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС;

- документа, подтверждающего стаж работы по соответствующей врачебной специальности.

Решение о включении врача-специалиста в реестр принимается директором ТФОМС или уполномоченным им должностным лицом из числа заместителей директора ТФОМС в срок не позднее 5 рабочих дней с даты поступления ходатайства или заявления врача-специалиста о включении в реестр и оформляется Приказом ТФОМС.

6.2. **Исключение эксперта** качества медицинской помощи из реестра осуществляется решением директора ТФОМС или уполномоченным им должностным лицом из числа заместителей директора ТФОМС, оформленным Приказом ТФОМС, в следующих случаях:

1) прекращения (истечения срока) действия одного или нескольких документов, являвшихся основанием для включения врача-специалиста в реестр;

2) поступления двух и более претензий к качеству работы эксперта качества медицинской помощи, в том числе по результатам реэкспертизы (реэкспертиз) качества медицинской помощи, предъявленных организаторами контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС;

3) на основании заявления эксперта качества медицинской помощи;

4) смерти эксперта качества медицинской помощи;

5) на основании заявления одного (одной) из нижеперечисленных органов или организаций:

- органа исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения;

- управления Росздравнадзора по субъекту РФ;

- профессиональной медицинской ассоциации;

- общественного объединения специалистов медицинского профиля;

- страховой медицинской организации;

6) изменения экспертом места жительства (переезд) в другой субъект РФ.

Врачи-специалисты, исключенные из реестра по основаниям, указанным в [п. п. 2](#Par3458) и [5](#Par3461), не подлежат повторному включению в реестры.

7. Часть 8 комментируемой статьи содержит норму, **запрещающую медицинским организациям препятствовать доступу экспертов к материалам, необходимым для проведения медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи**, и обязывает предоставлять экспертам запрашиваемую ими информацию.

Положения данной нормы конкретизированы в Порядке организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС (п. п. 52 и 53). При проведении медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи медицинская организация предоставляет специалистам-экспертам и экспертам качества медицинской помощи **в течение 5 рабочих дней** после получения соответствующего запроса медицинскую, учетно-отчетную и прочую документацию, при необходимости результаты внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи.

Сделанные выводы подтверждает и судебная практика.

Пример. МАУ "Центральная городская клиническая больница N 23" обратилось в Арбитражный суд Свердловской области с иском к страховой медицинской компании "Астрамед-МС" о взыскании денежных средств по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС за услуги, оказанные в июле 2014 года. Поводом обращения в суд послужило то, что ответчик оплату за оказанную медицинскую помощь не произвел в полном объеме, сославшись на рекламационное удержание, основанное в том числе на непредоставлении историй болезней пациентов. При этом истец указывал, что истории болезни пациентов были изъяты сотрудниками МВД России в ходе проведения следственных мероприятий.

Суды в удовлетворении иска отказали, сославшись на п. 53 Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС и ч. 8 ст. 40 комментируемого Закона. Согласно указанным нормам медицинская организация не вправе препятствовать доступу специалистов-экспертов и экспертов качества медицинской помощи к материалам, необходимым для проведения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи и обязана предоставлять запрашиваемую информацию.

Суд пришел к выводу о том, что действиями ответчика права истца в действительности нарушены не были (ст. 4 АПК РФ), поскольку первичная медицинская документация пациентов на момент обращения истца с иском в суд находилась и находится в УМВД России по г. Екатеринбургу на хранении; производство по уголовному делу прекращено. Более того, каких-либо препятствий для получения истцом первичной медицинской документации не имелось. Начиная с февраля 2015 года истец не предпринимал никаких мер по возврату (получению) изъятой следственными органами документации, а с момента изъятия данных документов - мер по снятию копий (подробнее см. Постановление Семнадцатого арбитражного апелляционного суда от 19 мая 2016 г. N 17АП-4384/2016-ГК по делу N А60-47006/2015).

8. Частью 9 комментируемой статьи установлено, что **результаты контроля оформляются актами**:

- для медико-экономического контроля - это **акт медико-экономического контроля** (форма приведена в приложении N 1 к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС). Данный акт содержит характеристику реестра оказанной медицинской помощи: число оказанных медицинских услуг, суммарную стоимость медицинских услуг, предоставленных к оплате. В нем констатируется: а) соответствие (несоответствие) данных счета-фактуры реестру оказанной медицинской помощи; б) соответствие (несоответствие) тарифов, указанных в реестре оказанной медицинской помощи, утвержденным тарифам; в) соответствие (несоответствие) видов и профилей оказанной медицинской помощи лицензии медицинского учреждения. Акт медико-экономического контроля содержит результаты автоматизированного медико-экономического контроля - число выявленных записей, содержащих сведения о дефектах медицинской помощи либо нарушениях при оказании медицинской помощи и их стоимость, а также дает расшифровку выявленных дефектов медицинской помощи либо нарушений при оказании медицинской помощи. В акте указываются заявленная сумма для оплаты; сумма, исключаемая из оплаты по результатам проведенного медико-экономического контроля; сумма финансовых санкций за дефекты медицинской помощи или нарушения при оказании медицинской помощи в случае заполнения по данной форме акта по результатам повторного медико-экономического контроля, проведенного ТФОМС; итоговая сумма, принятая к оплате;

- для медико-экономической экспертизы - это **акт медико-экономической экспертизы страхового случая** (форма приведена в приложении N 3 к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС). В акте медико-экономической экспертизы страхового случая указываются, в частности, окончательный (клинический) диагноз основного заболевания, диагноз сопутствующего заболевания, сроки лечения, стоимость лечения, длительность заболевания, проверенная учетно-отчетная документация, дается заключение специалиста-эксперта по обоснованности объемов медицинских услуг, предоставленных к оплате, и их соответствию записям в первичной медицинской и учетно-отчетной документации медицинской организации (в т.ч. краткий перечень выявленных недостатков);

- для экспертизы качества медицинской помощи - это **акт экспертизы качества медицинской помощи** (форма приведена в приложении N 5 к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС). В акте экспертизы качества медицинской помощи дается краткое экспертное заключение, подготовленное на основании экспертного заключения, в котором указываются выявленные дефекты медицинской помощи либо нарушения при оказании медицинской помощи; приводятся сделанные экспертом выводы, рекомендации; указывается количество неоплачиваемых койко-дней, пациенто-дней, посещений, размер штрафа.

Также оформляются **акты реэкспертизы** по результатам медико-экономической экспертизы либо экспертизы качества медицинской помощи (форма приведена в приложении N 7 к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС).

Именно перечисленные акты являются основаниями для применения санкций, о которых идет речь в ч. 10 комментируемой статьи и в ст. 41 комментируемого Закона.

9. Оплата медицинской помощи по ОМС осуществляется в зависимости от результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. В соответствии с ч. 10 комментируемой статьи результаты медико-экономического контроля, оформленные соответствующим актом, являются **основанием для применения санкций к медицинским организациям**, предусмотренных ст. 41 настоящего Федерального закона и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС:

1) неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (подробнее см. [комментарий к ст. 41](#Par3594)). Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи рассчитывается по формуле, определенной в п. 148 Правил ОМС. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) приведен в приложении N 8 к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС;

2) штрафа за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, предусмотренного условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС. Порядок расчета данного штрафа определяется п. 149 Правил ОМС (см. [п. 8.2 комментария к ст. 39](#Par3194)).

10. В ч. 11 комментируемой статьи устанавливаются **полномочия ТФОМС по контролю за страховыми медицинскими организациям и медицинскими организациями**.

10.1. Так, ТФОМС осуществляет контроль за:

1) **деятельностью страховых медицинских организаций.** Данный контроль осуществляется путем:

- организации контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

- проведения медико-экономического контроля;

- проведения медико-экономической экспертизы;

- проведения экспертизы качества медицинской помощи.

Такой контроль осуществляется в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС и может осуществляться повторно.

**Повторные медико-экономическая экспертиза или экспертиза качества медицинской помощи (реэкспертиза)** представляют собой проводимую другим специалистом-экспертом медико-экономическую экспертизу или другим экспертом качества медицинской помощи экспертизу качества медицинской помощи с целью проверки обоснованности и достоверности выводов по ранее принятым заключениям, сделанным специалистом-экспертом или экспертом качества медицинской помощи, первично проводившим медико-экономическую экспертизу или экспертизу качества медицинской помощи.

Повторная экспертиза качества медицинской помощи может осуществляться параллельно или последовательно с первой тем же методом, но другим экспертом качества медицинской помощи. **Задачами реэкспертизы** являются:

а) проверка обоснованности и достоверности заключения специалиста-эксперта или эксперта качества медицинской помощи, первично проводившего медико-экономическую экспертизу или экспертизу качества медицинской помощи;

б) контроль деятельности отдельных специалистов-экспертов либо экспертов качества медицинской помощи.

**Реэкспертиза проводится в случаях:**

а) проведения ТФОМС документальной проверки организации ОМС страховой медицинской организацией;

б) выявления нарушений в организации контроля со стороны страховой медицинской организации;

в) необоснованности и (или) недостоверности заключения эксперта качества медицинской помощи, проводившего экспертизу качества медицинской помощи;

г) поступления претензии от медицинской организации, не урегулированной со страховой медицинской организацией;

2) **использованием средств ОМС страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями.** Такой контроль осуществляется на основании Приказа ФФОМС от 16 апреля 2012 г. N 73 "Об утверждении Положений о контроле за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования".

10.2. В соответствии с Положением о контроле за деятельностью страховых медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования, утв. Приказом ФФОМС от 16 апреля 2012 г. N 73, ТФОМС проводятся **проверки страховых медицинских организаций** (филиалов страховых медицинских организаций), осуществляющих (осуществлявших) деятельность в сфере ОМС на основании договора, заключенного между ТФОМС и страховой медицинской организацией (филиалом страховой медицинской организации).

Проверки проводятся работниками контрольно-ревизионных подразделений ТФОМС и (или) иных структурных подразделений ТФОМС с целью предупреждения и выявления нарушений норм, установленных комментируемым Законом, другими федеральными законами и принимаемыми в соответствии с ними иными нормативными правовыми актами РФ, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов РФ.

Проверки проводятся по месту нахождения страховой медицинской организации (или по месту фактического осуществления ее деятельности). Проверки могут быть следующих видов:

1) **комплексная проверка**, при которой рассматривается комплекс вопросов, связанных с соблюдением законодательства об ОМС и с использованием средств ОМС за определенный период деятельности страховой медицинской организации;

2) **тематическая проверка**, при которой рассматриваются отдельные вопросы, связанные с соблюдением законодательства об ОМС и (или) с использованием средств ОМС;

3) **контрольная проверка**, при которой рассматриваются результаты работы страховой медицинской организации по устранению нарушений и недостатков, ранее выявленных в ходе комплексной или тематической проверки.

Основанием для проведения проверки является приказ ТФОМС, определяющий тему проверки, проверяемый период, руководителя и состав комиссии (рабочей группы), сроки проведения проверки, способы проверки.

Также проверки подразделяются на:

1) **плановые**, которые проводятся в соответствии с планом, утверждаемым директором ТФОМС. Периодичность проведения плановых проверок устанавливается с учетом возможности полного охвата вопросов и периодов деятельности страховых медицинских организаций в сфере ОМС, но не реже чем 1 (один) раз в год. Разновидностью плановых проверок могут быть плановые комплексные проверки, которые проводятся не чаще чем 1 (один) раз в год. Для плановых проверок **тема проверки** указывается в соответствии с планом проверок. Приказ о проведении плановой проверки доводится до руководителя страховой медицинской организации не позднее чем за 3 рабочих дня до начала проверки;

2) **внеплановые.** Внеплановые проверки проводятся по решению директора ТФОМС в следующих случаях (список не исчерпывающий):

- на основании представлений контрольных органов, обращений в адрес ТФОМС органов государственной власти субъекта РФ, ФФОМС, обращений, жалоб и заявлений граждан;

- в связи с истечением срока исполнения страховой медицинской организацией требований ТФОМС об устранении нарушений и недостатков, и (или) возврате (возмещении) средств, и (или) уплате штрафов (пеней), проведением ФФОМС проверок соблюдения законодательства об ОМС на территории субъекта РФ и использования средств ОМС участниками ОМС;

- в случае прекращения действия договора о финансовом обеспечении ОМС, в том числе в связи с приостановлением или прекращением действия лицензии, ликвидации страховой медицинской организации;

- в связи с обращением страховой медицинской организации в ТФОМС с заявкой на предоставление недостающих средств для оплаты медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС.

**Тема внеплановой проверки** указывается исходя из конкретных причин ее проведения. Проведение внеплановой проверки может осуществляться без соблюдения условия обязательного извещения руководителя страховой медицинской организации о предстоящей проверке.

**Срок проведения проверки** не может превышать 30 календарных дней. В необходимых случаях по мотивированному представлению в форме служебной записки руководителя контрольно-ревизионного подразделения ТФОМС (руководителя иного подразделения ТФОМС, ответственного за организацию проведения конкретной проверки) или руководителя комиссии (рабочей группы) срок проведения проверки может быть продлен на основании приказа ТФОМС, но не более чем на 10 календарных дней. Приказ ТФОМС о продлении сроков проверки доводится до сведения проверяемой страховой медицинской организации.

**Порядок проведения проверки предусматривает следующие этапы:**

1) для проведения проверки составляется **программа проверки** или используется типовая программа проверки, которые утверждаются директором ТФОМС. Программа проверки **должна содержать** следующие сведения: наименование страховой медицинской организации, деятельность которой подлежит проверке, цель и тему проверки, а также перечень вопросов деятельности страховой медицинской организации, подлежащих проверке. При утверждении типовой программы проверки наименование страховой медицинской организации, соответственно, не указывается. При необходимости в программу проверки **могут быть включены** вопросы с учетом материалов предыдущих проверок, проведенных ТФОМС и (или) контрольными органами, а также иных документов, касающихся деятельности проверяемой страховой медицинской организации в сфере обязательного медицинского страхования;

2) перед началом проверки руководитель и члены комиссии (рабочей группы) должны **ознакомиться** с:

- заключенными между ТФОМС и проверяемой страховой медицинской организацией договорами, отчетными и статистическими данными, имеющимися в ТФОМС, данными о численности застрахованных лиц страховой медицинской организацией в субъекте РФ и динамике ее изменения;

- информацией ТФОМС, направленной в страховую медицинскую организацию, об исключении застрахованных лиц из регистра этой страховой медицинской организации по обоснованным причинам;

- актами предыдущих проверок, проведенных ТФОМС, актами проверок контрольных органов, информацией об устранении выявленных нарушений и недостатков;

- другими материалами, касающимися деятельности проверяемой страховой медицинской организации;

3) проверка деятельности страховой медицинской организации может проводиться **сплошным или выборочным способом**:

- сплошной способ заключается в проведении контрольного действия в отношении всей совокупности финансовых, бухгалтерских, отчетных и иных документов, относящихся к одному вопросу программы проверки;

- выборочный способ заключается в проведении контрольного действия в отношении части финансовых, бухгалтерских, отчетных и иных документов, относящихся к одному вопросу программы проверки. Объем выборки и ее состав определяются руководителем комиссии (рабочей группы) таким образом, чтобы обеспечить возможность оценки изучаемого вопроса программы проверки.

Решение об использовании сплошного или выборочного способа проведения контрольных действий по каждому вопросу программы проверки принимается исходя из содержания вопроса программы проверки, объема финансовых, бухгалтерских, отчетных и иных документов, относящихся к этому вопросу, состояния бухгалтерского учета, срока проведения проверки;

4) по результатам проверки составляется **акт проверки** с указанием выявленных нарушений и недостатков и сроков их устранения или сроков представления плана мероприятий по устранению выявленных нарушений и недостатков. На указанный акт страховая медицинская организация вправе подать письменные возражения в ТФОМС. Если ТФОМС не признает возражения обоснованными полностью или частично, страховая медицинская организация (филиал страховой медицинской организации) вправе обжаловать данное решение в досудебном и (или) судебном порядке;

5) последним этапом проверки страховых медицинских организаций (филиалов страховых медицинских организаций), осуществляющих (осуществлявших) деятельность в сфере ОМС, является **реализация результатов проверки**. При этом ТФОМС обеспечивает контроль за ходом реализации результатов проверки, в том числе осуществляет:

- контроль за представлением и исполнением плана мероприятий по устранению выявленных нарушений и недостатков (в случае установления срока устранения нарушений и недостатков - контроль за устранением выявленных нарушений и недостатков в установленный срок);

- контроль за возвратом (возмещением) средств, в том числе использованных не по целевому назначению;

- контроль за уплатой штрафов, пеней;

- начисление пеней и направление страховой медицинской организации письменного сообщения о необходимости уплаты пеней (с приложением расчета размера пеней).

Пример. ТФОМС Тюменской области обратился в Арбитражный суд Тюменской области с иском к Страховой компании "СОГАЗ-Мед" (далее - общество) о взыскании штрафа. Поводом к обращению с иском послужило то, что по результатам контрольных мероприятий ТФОМС установил, что в феврале, апреле, мае, июне 2014 года ответчиком нарушены договорные обязательства в виде необоснованного снятия с медицинских организаций денежных средств, в связи с чем обществу направлена претензия об уплате штрафов. Поскольку претензия оставлена без исполнения, ТФОМС обратился в арбитражный суд с иском.

Решениями судов первой, апелляционной и кассационной инстанции в удовлетворении иска было отказано, поскольку судами установлены факты нарушения медицинскими учреждениями порядка оказания медицинской помощи застрахованным лицам и сделан вывод о правильной квалификации Обществом выявленных нарушений по кодам дефектов, обоснованном наложении на медицинские организации санкций за выявленные нарушения (подробнее см. Постановление Арбитражного суда Западно-Сибирского округа от 13 января 2016 г. N Ф04-28315/2015 по делу N А70-1758/2015).

10.3. ТФОМС также проводятся **проверки медицинских организаций в сфере ОМС**, имеющих право на осуществление медицинской деятельности и включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС (см. [комментарий к ст. 15](#Par1374)). Основания для проведения проверки, проверяемый период, определение руководителя и состава комиссии (рабочей группы) проверки, полномочия комиссии (рабочей группы), сроки проведения проверки, способы проверки, оформление результатов проверки, реализация результатов проверки в целом аналогичны тем, что применяются в отношении страховых медицинских организаций, с учетом специфики роли медицинских организаций в системе ОМС. Контроль осуществляется в соответствии с Положением о контроле за использованием средств обязательного медицинского страхования медицинскими организациями, утв. Приказом ФФОМС от 16 апреля 2012 г. N 73.

Проверке подлежат **направления использования средств, полученных медицинскими организациями на финансовое обеспечение**:

- территориальной программы ОМС (подробно определено в п. 17 Положения);

- мероприятий региональной программы модернизации здравоохранения субъекта РФ по внедрению стандартов оказания медицинской помощи, повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами (включая мероприятия по проведению углубленной диспансеризации подростков) (подробно определено в п. 18 Положения);

- приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, в том числе проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан, диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, оказания дополнительной медицинской помощи врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей) (подробно определено в п. п. 19 - 21 Положения);

- исполнения расходных обязательств субъектов РФ, возникающих при осуществлении органами государственной власти субъектов РФ переданных полномочий Российской Федерации в результате принятия федеральных законов и (или) нормативных правовых актов Президента РФ, и (или) нормативных правовых актов Правительства РФ в сфере охраны здоровья граждан, и (или) возникающих в результате принятия законов и (или) нормативных правовых актов субъектов РФ.

Проверка использования средств ОМС медицинской организацией включает проверку соблюдения требования ведения раздельного учета по операциям со средствами ОМС.

10.4. Также ч. 11 комментируемой статьи установлено, что **ТФОМС 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 РФ, в котором выдан полис ОМС**.

Правилами ОМС (раздел X) предусмотрен следующий порядок действий:

1) **ТФОМС по месту оказания медицинской помощи** проводит **медико-экономический контроль** предъявленного медицинской организацией счета и реестра счетов и при **отсутствии причин**, **требующих дополнительного рассмотрения реестра** (дефектов и нарушений, изложенных в приложении N 8 к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС), осуществляет **оплату оказанной медицинской помощи**.

При **наличии причин, требующих дополнительного рассмотрения реестра**, ТФОМС по месту оказания медицинской помощи организует и проводит **медико-экономическую экспертизу и (или) экспертизу качества медицинской помощи**.

По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются санкции к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении такого контроля, предусмотренные ст. 41 комментируемого Закона и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС (подробнее см. [комментарий к ст. ст. 39](#Par3089), [41](#Par3594)).

ТФОМС по месту оказания медицинской помощи производит оплату счета, представленного медицинской организацией, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС не позднее 25 рабочих дней с даты его представления и **направляет ТФОМС по месту страхования счет**. Данный счет должен включать, в частности, следующие сведения:

- наименование субъекта РФ, на территории которого оказана медицинская помощь, и наименование субъекта РФ, в котором застрахованному лицу выдан полис ОМС;

- период, за который выставлен счет;

- сведения о застрахованных лицах, которым оказана медицинская помощь в разрезе застрахованных лиц;

- сведения об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи, а именно:

а) вид оказанной медицинской помощи (код);

б) диагноз в соответствии с МКБ-10;

в) дату начала и дату окончания лечения;

г) объемы оказанной медицинской помощи;

д) профиль оказанной медицинской помощи (код);

е) специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь (код);

ж) тариф на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу;

з) стоимость оказанной медицинской помощи;

и) результат обращения за медицинской помощью (код);

- сведения о результатах проведенного ТФОМС по месту оказания медицинской помощи контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС.

Счет должен быть заверен подписью руководителя и главного бухгалтера медицинской организации и печатью ТФОМС;

2) **ТФОМС по месту страхования** не позднее 25 рабочих дней с даты получения счета в электронном виде проводит медико-экономический контроль счета и возмещает средства по счету с учетом результатов проведенного медико-экономического контроля. При наличии причин, требующих дополнительного рассмотрения, он направляет в ТФОМС по месту оказания медицинской помощи **акт о причинах, требующих дополнительного рассмотрения**, в котором указываются позиции счета, не принятые к возмещению полностью или частично, с указанием причин их дополнительного рассмотрения.

Акт о причинах, требующих дополнительного рассмотрения, должен содержать следующие сведения:

- реквизиты счета, требующего дополнительного рассмотрения;

- номер позиции счета;

- номер полиса;

- сумму по счету;

- сумму, не принятую к оплате;

- дефект, нарушение в соответствии с порядком организации и проведения контроля (код).

Образец акта о причинах, требующих дополнительного рассмотрения, приводится в приложении N 16 к Методическим указаниям по представлению информации в сфере ОМС;

3) **ТФОМС по месту оказания медицинской помощи** не позднее 25 рабочих дней с даты получения в электронном виде акта о причинах, требующих дополнительного рассмотрения, и протокола обработки реестра проводит медико-экономическую экспертизу и (или) экспертизу качества медицинской помощи страховых случаев по не принятым к возмещению частично или полностью позициям счета и повторно направляет по ним исправленную часть счета с приложением сведений о результатах проведенной медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества указанных страховых случаев в ТФОМС по месту страхования.

Позиции счета, требующие повторного рассмотрения, принимаются ТФОМС по месту оказания медицинской помощи по факту поступления от ТФОМС по месту страхования в электронном виде с составлением **акта о суммах, не принятых к возмещению по выставленному счету**. Образец акта о причинах, не принятых к оплате по выставленному счету, приводится в приложении N 17 к Методическим указаниям по представлению информации в сфере ОМС. При получении дополнительной информации к позициям счета принятые суммы возмещаются;

4) оплата исправленной части счета производится **ТФОМС по месту страхования** не позднее 10 рабочих дней с даты получения информации от ТФОМС по месту оказания медицинской помощи в электронном виде.

Согласно п. 178 Правил ОМС **сверка расчетов по счетам** проводится ежегодно перед составлением годовой бухгалтерской отчетности за период с 1 октября предыдущего отчетного года по 30 сентября отчетного года включительно с оформлением акта сверки счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис ОМС.

**ТФОМС по месту оказания медицинской помощи** составляет акт сверки по счетам, выставленным к возмещению ТФОМС по месту страхования, в двух экземплярах и направляет до 15 февраля года, следующего за отчетным, в территориальные фонды ОМС по месту страхования.

В свою очередь, **ТФОМС по месту страхования**, получивший акт сверки, производит сверку данных и один экземпляр акта сверки в срок до 15 марта года, следующего за отчетным, направляет в ТФОМС по месту оказания медицинской помощи. Образец акта сверки счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, приведен в приложении N 18 к Методическим указаниям по представлению информации в сфере ОМС.

11. В ч. 12 комментируемой статьи содержится норма, с одной стороны, предоставляющая право застрахованным лицам знать о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, а с другой стороны, устанавливающая обязанность ТФОМС и (или) страховой медицинской организации информировать застрахованных лиц о таких нарушениях.

**Порядок информирования застрахованных лиц о выявленных нарушениях** в предоставлении медицинской помощи по территориальной программе ОМС определен разделом IX Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС.

В целях обеспечения прав на получение доступной и качественной медицинской помощи застрахованные лица информируются медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями, ТФОМС о выявленных нарушениях в предоставлении медицинской помощи по территориальной программе ОМС, в том числе и по результатам контроля. Информирование осуществляется двумя основными способами:

1) в виде **ответа на поступившее обращение**.

При поступлении в страховую медицинскую организацию или ТФОМС жалобы застрахованного лица или его представителя на оказание медицинской помощи ненадлежащего качества результаты рассмотрения жалобы по итогам экспертизы качества медицинской помощи должны быть направлены в его адрес. Работа с обращениями граждан в ФФОМС, ТФОМС и страховых медицинских организациях в целом проводится в соответствии с Федеральным законом от 2 мая 2006 г. N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации" и иными нормативными правовыми актами, регламентирующими работу с обращениями граждан;

2) в виде **распространения информационных материалов**.

Представители страховых медицинских организаций принимают участие в подготовке и размещении в медицинских организациях, участвующих в реализации программ ОМС, информационных материалов по защите прав застрахованных лиц и результатам контроля, а также обеспечивают застрахованных лиц, получающих в медицинских организациях медицинскую помощь, информационно-разъяснительными материалами по вопросам их прав.

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

Комментарий к статье 41

1. В ч. 1 комментируемой статьи раскрывается понятие санкций, применяемых к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, виды санкций, основания их наложения.

Исходя из содержания комментируемой статьи **санкция за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи**, - это не подлежащая оплате медицинской организации сумма, определенная по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи.

**Правовыми основаниями** для наложения санкций согласно ч. 1 комментируемой статьи являются:

1) **договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС** (более подробно см. [п. 8.2 комментария к ст. 39](#Par3194));

2) **Перечень** **оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи),** содержащийся в приложении N 8 к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС.

В соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) все основания разделены на 5 разделов.

К **нарушениям, ограничивающим доступность медицинской помощи для застрахованных лиц** (раздел 1), относятся: нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации; необоснованный отказ в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС; взимание платы за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой ОМС, и др.

Отдельно выделяется **отсутствие информированности застрахованного населения** (раздел 2): отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет, информационных стендов в медицинских организациях либо отсутствие на них необходимой информации.

В качестве **дефектов медицинской помощи (нарушений при оказании медицинской помощи)** названы, в частности (раздел 3):

- доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации;

- невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи;

- выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи мероприятий;

- преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения);

- госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара, либо госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.

К **дефектам оформления первичной медицинской документации** в медицинской организации (раздел 4) отнесены, в частности:

- непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин;

- отсутствие в первичной документации информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение в нарушение законодательства РФ;

- наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление истории болезни с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях);

- несоответствие даты оказания медицинской помощи, зарегистрированной в первичной медицинской документации и реестре счетов, табелю учета рабочего времени;

- несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов;

- включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинском документе сведений, подтверждающих факт ее оказания.

Наконец, отдельно выделены **нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов** (раздел 5), которые могут быть связаны с неверным оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов (наличием ошибок и (или) недостоверной информации в реквизитах счета и др.); неверным определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации; включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС; необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь; включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности и т.д.

**Непосредственными основаниями** для наложения санкций являются результаты контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оформленные актами в соответствии с ч. 9 статьи 40, в которых отражаются выявленные нарушения: 1) акты медико-экономического контроля; 2) акты медико-экономической экспертизы страхового случая; 3) акты экспертизы качества медицинской помощи, - если по результатам контроля были выявлены какие-либо из указанных выше нарушений в части объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

2. **Виды санкций** за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи:

1) **удержание оплаты медицинской помощи:**

- исключение позиции из реестра счетов на оплату медицинской помощи;

- уменьшение сумм, представленных к оплате, в процентах от стоимости оказанной медицинской помощи по страховому случаю;

2) **возврат сумм, не подлежащих оплате**, в страховую медицинскую организацию.

В случае превышения объема санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, над объемом средств, подлежащим направлению в медицинскую организацию на оплату медицинской помощи, медицинская организация возвращает в страховую медицинскую организацию средства в объеме указанного превышения;

3) **штраф** за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Неоплата или уменьшение оплаты медицинской помощи и уплата медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в зависимости от вида выявленных дефектов и (или) нарушений могут применяться **раздельно или одновременно** (п. 67 Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС).

При выявлении **нарушений договорных обязательств** в отношении объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи страховая медицинская организация частично или полностью не возмещает затраты медицинской организации по оказанию медицинской помощи, уменьшая последующие платежи по счетам медицинской организации на сумму выявленных дефектов медицинской помощи и (или) нарушений при оказании медицинской помощи или требует возврата сумм в страховую медицинскую организацию. Сумма, не подлежащая оплате по результатам контроля, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, либо подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

За **неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества** медицинская организация уплачивает штраф на основании предписания организации, проводившей контроль (указывается код дефекта в соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)).

При наличии в одном и том же случае оказания медицинской помощи двух и более оснований для отказа в оплате медицинской помощи или уменьшения оплаты медицинской помощи к медицинской организации применяется одно - **наиболее существенное основание, влекущее больший размер неоплаты, или отказ в оплате**. Суммирование размера неполной оплаты медицинских услуг по одному страховому случаю не производится. Таким образом, применяется принцип поглощения, а не сложения.

Помимо этого, следует отметить, что в соответствии с ч. 9 ст. 39 комментируемого Закона за **использование не по целевому назначению** медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, медицинская организация уплачивает в бюджет ТФОМС штраф в размере 10% от суммы нецелевого использования средств и пени в размере 1/300 ставки рефинансирования Центрального банка РФ, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств за каждый день просрочки исполнения требований ТФОМС. Средства, использованные не по целевому назначению, медицинская организация возвращает в бюджет ТФОМС в течение 10 рабочих дней со дня предъявления ТФОМС соответствующего требования.

3. В ч. 2 комментируемой статьи определяется **порядок применения санкций** к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

В соответствии с комментируемой нормой взаимные обязательства медицинских организаций и страховых медицинских организаций, следствием которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплата медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, предусматриваются **договором на оказание и оплату медицинской помощи**, заключаемым в соответствии со ст. 39 комментируемого Закона и Приказом Минздрава России от 24 декабря 2012 г. N 1355н "Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" (подробнее см. [комментарий к ст. 39](#Par3089)). Согласно указанному Типовому договору страховая медицинская организация вправе при выявлении нарушений обязательств, установленных договором, не оплачивать или не полностью оплачивать затраты медицинской организации на оказание медицинской помощи, требовать возврата средств в страховую медицинскую организацию и (или) уплаты медицинской организацией штрафов в размерах, установленных в тарифном соглашении в соответствии с ч. 2 ст. 41 комментируемого Закона.

Порядок оплаты медицинской помощи по ОМС, установленный в разделе IX Правил ОМС, включает в себя **методику исчисления** размеров неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи и указанных штрафов (п. п. 145 - 149).

**Общий размер санкций**, применяемых к медицинским организациям, рассчитывается путем сложения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

**Размер неоплаты или неполной оплаты** затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи рассчитывается путем умножения размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи, на коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи (от 0,1 до 1).

**Размер штрафа**, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, рассчитывается путем умножения размера подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного в соответствии с законодательством РФ на дату оказания (отказа в оказании) медицинской помощи, и коэффициента для определения размера штрафа (от 0,3 до 3).

В Правилах ОМС соответственно устанавливаются размеры указанных коэффициентов в отношении каждого из кодов дефектов, указанных в Перечне оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи).

**Размеры** неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи и штрафов, исчисленных и установленных в соответствии с комментируемой нормой, **устанавливаются в тарифном соглашении на ОМС** (см. [п. 4 комментария к ст. 30](#Par2317)).

Так, например, Тарифное соглашение по обязательному медицинскому страхованию в Саратовской области от 31 января 2017 г. содержит раздел IV "Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества". В нем предусмотрено, что за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по территориальной программе ОМС применяются санкции, определенные Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, в размерах, определенных п. п. 145 - 149 Правил ОМС.

Финансовые санкции по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, финансируемой по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц, начисляются исходя из тарифов на медицинскую помощь, оказанную в амбулаторно-поликлинических условиях, установленных для межтерриториальных расчетов.

4. В ч. 3 комментируемой статьи содержится указание, что применяемые к медицинской организации санкции в соответствии с положениями комментируемого Закона, а также положениями иных нормативных актов, затрагивающих отношения по ОМС, **не освобождают медицинскую организацию от возмещения застрахованному лицу вреда**, причиненного по вине медицинской организации, в порядке, установленном законодательством РФ.

Обязательства из причинения вреда регулируются нормами ГК РФ, в частности ст. 1064 "Общие основания ответственности за причинения вреда", § 2 главы 59 "Возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью гражданина".

Указанными нормами устанавливается принцип **полного возмещения вреда**, причиненного личности гражданина, лицом, причинившим вред. При этом причинение вреда работниками медицинских организаций не освобождает последних от возмещения такого вреда, поскольку согласно п. 1 ст. 1068 ГК РФ юридическое лицо либо гражданин возмещает вред, причиненный его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей. Работниками (при регулировании отношений по причинению вреда) признаются граждане, выполняющие работу на основании трудового договора (контракта), а также граждане, выполняющие работу по гражданско-правовому договору, если при этом они действовали или должны были действовать по заданию соответствующего юридического лица или гражданина и под его контролем за безопасным ведением работ.

В соответствии с п. 1 ст. 1085 ГК РФ при причинении гражданину увечья или ином повреждении его здоровья возмещению подлежит утраченный потерпевшим заработок (доход), который он имел либо определенно мог иметь, а также дополнительно понесенные расходы, вызванные повреждением здоровья, в том числе расходы на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии, если установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение. Порядок определения размера вреда также устанавливается ГК РФ в ст. ст. 1085, 1086, 1087.

Медицинские организации, виновные в причинение вреда, обязаны возместить вред, понесенный в случае потери кормильца (ст. 1089 ГК РФ), расходы на погребение (ст. 1094 ГК РФ).

В соответствии со ст. 1095 ГК РФ вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу гражданина вследствие недостатков услуги, подлежит возмещению лицом, оказавшим услугу, независимо от наличия вины.

Отдельно от причинения вреда медицинские организации, виновные в причинении вреда, обязаны возмещать моральный вред независимо от подлежащего возмещению имущественного вреда (ст. 1099 ГК РФ). Для компенсации морального вреда необходимо наличие вины, при этом вина медицинского учреждения в некачественном оказании медицинских услуг презюмируется (п. 2 ст. 401, п. 2 ст. 1064 ГК РФ, п. 5 ст. 14 Закона РФ от 7 февраля 1992 г. N 2300-1 "О защите прав потребителей").

Пример. Б.Ю. обратился в суд с иском к МБУЗ "Видновская районная клиническая больница" о возмещении вреда, причиненного здоровью. Истец полагал, что по вине лечащего врача кардиологического отделения, который не определил постельный режим и не назначил соответствующий курс лечения, он упал и получил тяжелые травмы внутренних органов.

Решением судов первой и апелляционной инстанции в удовлетворении исковых требований истцу было отказано. Отменяя данные решения, кассационная инстанция указала, что при разрешении спора судами не учтено, что ненадлежащее качество медицинской услуги может выражаться в допущении ошибок при диагностике и лечении, непредоставлении бесплатной лекарственной помощи, взимании платы или требовании оплатить медицинские услуги, которые должны быть предоставлены бесплатно, в грубом, бестактном отношении персонала медицинского учреждения и т.д.

От ненадлежащего оказания медицинских услуг нужно отличать причинение пациенту вреда в результате их оказания. Первое является нарушением договорного обязательства. Второе рассматривается как повреждение здоровья, т.е. нематериального, охраняемого гражданским правом блага (п. 1 ст. 150 ГК РФ). Такой вред возмещается исполнителем в полном объеме и независимо от своей вины в ненадлежащем оказании услуг (ст. 1095 ГК РФ; п. 1 ст. 14 Закона РФ от 7 февраля 1992 г. N 2300-1 "О защите прав потребителей").

Причинение вреда здоровью характеризуется тем, что в результате оказания медицинской услуги состояние здоровья пациента ухудшается по сравнению с показателями до медицинского вмешательства, тогда как при ином некачественном оказании медицинской услуги состояние здоровья остается неизменным или улучшается, но имеются иные негативные последствия.

По смыслу п. 1 ст. 1085 ГК РФ при причинении вреда здоровью возмещается именно имущественный вред (реальный ущерб и упущенная выгода). Согласно ст. ст. 151, 1099 ГК РФ и в соответствии с п. 10 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 20 декабря 1994 г. N 10 "Некоторые вопросы применения законодательства о компенсации морального вреда" моральный вред признается вредом неимущественным, несмотря на то что он компенсируется в денежной или иной материальной форме.

При этом согласно ч. 3 ст. 41 комментируемого Закона неоплата или неполная оплата медицинской помощи, а также уплата медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества не освобождает медицинскую организацию от возмещения застрахованному лицу вреда, причиненного по вине медицинской организации, в порядке, установленном законодательством РФ (подробнее см. Постановление Президиума Московского областного суда от 30 марта 2016 г. N 115 по делу N 44г-47/2016).

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

Комментарий к статье 42

1. Часть 1 комментируемой статьи устанавливает право и порядок **обжалования медицинской организацией заключения страховой медицинской организации**, сделанного по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

Примечательно следующее: как следует из названия и содержания комментируемой статьи, она говорит об обжаловании заключений исключительно страховых медицинских организаций. Вместе с тем в соответствии с ч. 11 ст. 40 комментируемого Закона ТФОМС вправе осуществлять контроль не только за страховыми медицинскими организациями, но и за медицинскими организациями. Однако комментируемая статья не содержит упоминания о праве и порядке обжалования медицинской организацией подобных результатов контроля со стороны ТФОМС. Это связано с тем, что ТФОМС осуществляет в отношении медицинских организаций исключительно контроль за использованием средств ОМС. Он осуществляется в соответствии с Положением о контроле за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования, утв. Приказом ФФОМС от 16 апреля 2012 г. N 73. По результатам проверки ТФОМС деятельности медицинских организаций составляется акт проверки с указанием выявленных нарушений и недостатков и сроков их устранения или сроков представления плана мероприятий по устранению выявленных нарушений и недостатков. На указанный акт медицинская организация вправе подать письменные возражения в ТФОМС. Если ТФОМС не признает обоснованными возражений полностью или частично, медицинская организация вправе обжаловать данное решение в досудебном и (или) судебном порядке. Представляется ошибочным, что законодатель, с одной стороны, предусмотрел право ТФОМС на осуществление проверок деятельности медицинских организаций, а с другой стороны, не указал в комментируемом Законе право на обжалование таких действий и порядок такого обжалования, как сделано в отношении актов страховой медицинской организации.

Положения ч. 1 комментируемой статьи конкретизируются в Порядке организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС. В то же время указанный порядок в основном повторяет данную норму комментируемой статьи.

Право медицинской организации на обжалование заключений страховой медицинской организации возникает при наличии **разногласий** по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи. Поскольку результаты указанных способов контроля оформляются соответствующими актами, которые страховые медицинские организации направляют медицинским организациям, то фактически право у медицинских организаций появляется лишь с момента получения таких актов. С указанного момента начинает течь **15-дневный срок для направления претензии медицинской организации в ТФОМС**.

Поскольку ни действующее законодательство, ни Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС не содержат права и порядка восстановления указанного срока, его следует считать пресекательным. Следовательно, его пропуск влечет отказ в реализации права медицинской организации на обжалование актов страховой медицинской организации в ТФОМС.

Если медицинская организация не воспользуется правом на обжалование актов страховой медицинской организации в ТФОМС, то в последующем она не сможет ссылаться на свое несогласие с выводами, содержащимися в таких актах.

Пример. При рассмотрении дела по иску гражданина к клинической больнице о возмещении вреда, причиненного здоровью, суд учел, что для подтверждения факта оказания ему некачественной медицинской помощи ответчиком истец представил результаты проведенной специалистами страховой медицинской организации экспертизы качества медицинской помощи, согласно которой имели место несвоевременное и ненадлежащее выполнение необходимых истцу диагностических и (или) лечебных мероприятий, недооценка степени тяжести состояния пациента, приведшая к развитию осложнений, невнимательное отношение к пациенту.

Экспертиза качества медицинской помощи не является судебной экспертизой, поскольку проводится не по поручению суда, однако исходя из смысла положений ст. 71 ГПК РФ относится к допустимым письменным доказательствам, т.к. порядок проведения такой экспертизы, сроки и порядок обжалования экспертного заключения, а также возможность применения к лечебному учреждению санкций за выявленные в ходе проверки качества медицинской помощи нарушения предусмотрены ст. ст. 40, 41 и 42 комментируемого Закона.

Как следует из материалов дела, по результатам проведенной экспертизы качества медицинской помощи к ответчику применены предусмотренные ст. 41 комментируемого Закона финансовые санкции. Оплата за оказанные медицинские услуги в качестве санкции к лечебному учреждению страховой компанией не была произведена.

Данное заключение ответчиком в порядке ст. 42 комментируемого Закона обжаловано не было, доказательств, опровергающих данное заключение, в судебном заседании также не представлено (подробнее см. Постановление Президиума Московского областного суда от 30 марта 2016 г. N 115 по делу N 44г-47/2016).

2. Часть 2 комментируемой статьи указывает, что претензия медицинской организации должна оформляться в **письменном виде**. В соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС указанная претензия формализована, кроме того, к ней надлежит прилагать необходимые материалы, на которых медицинская организация основывает свои возражения.

Претензия должна быть мотивирована и обоснована. Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС установлено, что медицинская организация обязана предоставить в ТФОМС:

1) обоснование претензии;

2) перечень вопросов по каждому оспариваемому случаю;

3) материалы внутреннего контроля по оспариваемому случаю.

К претензии прилагаются результаты ведомственного контроля качества медицинской помощи (при наличии). Указанный ведомственный контроль осуществляется на основании Приказа Минздрава России от 21 декабря 2012 г. N 1340н "Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности".

3. Частью 3 комментируемой статьи установлен **срок рассмотрения претензии** в рамках осуществления претензионного порядка. Так, ТФОМС рассматривает претензию с приложенными документами медицинской организации в течение **30 рабочих дней** с даты поступления претензии. Поступившая претензия является поводом для проведения **повторных мероприятий** медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи. Основанием таких реэкспертиз является решение ТФОМС.

В случае если по результатам проведения реэкспертиз будет вынесено решение ТФОМС, признающее правоту медицинской организации, то на его основании отменяется или изменяется решение о неоплате, неполной оплате медицинской помощи и (или) об уплате медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам первичной медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества медицинской помощи.

ТФОМС направляет решение по результатам реэкспертизы в страховую медицинскую организацию и в медицинскую организацию, оспаривавшую акты первичного контроля. Однако наиболее важным результатом подобного решения является изменение финансирования медицинской организации в рамках ОМС. По результатам рассмотрения спорных случаев изменение финансирования проводится страховой медицинской организацией в срок **не позднее 30 рабочих дней** (в период окончательного расчета с медицинской организацией за отчетный период).

4. Часть 4 комментируемой статьи указывает на то, что повторные медико-экономический контроль, медико-экономическая экспертиза и экспертиза качества медицинской помощи должны осуществляться **экспертами, назначенными ТФОМС**. Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС также устанавливается, что эксперты, назначенные ТФОМС для проведения реэкспертиз, не должны быть теми же экспертами, что проводили первоначальные экспертизы.

Назначение экспертов для реэкспертиз оформляется решением ТФОМС, которое подписывается руководителем (заместителем руководителя) ТФОМС.

5. Часть 5 комментируемой статьи содержит норму, предусматривающую, что при несогласии медицинской организации с решением ТФОМС она вправе обжаловать это решение **в судебном порядке**. В настоящее время такой порядок установлен АПК РФ (глава 24).

Здесь следует отметить, что более правильно было бы говорить не о судебном порядке обжалования, а об исковом порядке, поскольку большинством ученых, занимавшихся проблемой защиты и охраны прав, выбор защиты через суд или через иные органы понимается как выбор формы защиты (Д.М. Чечот, В.С. Белых, А.П. Сергеев, Г.А. Свердлык и Э.Л. Страунинг). Порядок обжалования (порядок защиты прав) выбирается уже в рамках выбранной формы защиты (в данном случае - судебной формы). Право на обращение в суд ч. 5 комментируемой статьи предоставляет медицинским организациям только **при соблюдении и прохождении претензионного порядка**, указанного в ч. 1 - 3 комментируемой статьи. Поэтому для обращения в суд предъявления повторной претензии не требуется.

Рассмотрим пример реализации положений комментируемой статьи на практике.

Пример. ГБУЗ Архангельской области "Архангельская городская поликлиника N 14" (далее - учреждение, поликлиника) и Страховой компанией "СОГАЗ-Мед" (далее - страховая компания) был заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, предусматривавший, что страховая компания вправе при выявлении нарушений обязательств, установленных договором, не оплачивать или не полностью оплачивать затраты медицинской организации на оказание медицинской помощи, требовать возврата средств в страховую медицинскую организацию и (или) уплаты организацией штрафов.

Страховой компанией в учреждении была проведена медико-экономическая экспертиза выставленных поликлиникой счетов за оказанную заявителем медицинскую помощь застрахованным лицам в дневном стационаре при поликлинике, по итогам которой страховой компанией составлен акт медико-экономической экспертизы. Страховая компания посчитала, что в нарушение условий договора учреждением не выполнена обязанность по соблюдению прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в соответствии с условиями оказания медицинской помощи, в том числе сроками ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке. Не согласившись с указанными нарушениями, учреждение подписало акт медико-экономической экспертизы с протоколом разногласий. Страховая компания уведомила поликлинику о том, что результаты проведенной медико-экономической экспертизы признаны ею обоснованными. В связи с выявленными нарушениями страховая компания выдала учреждению предписание о необходимости уплаты штрафа по договору.

На основании ст. 42 комментируемого Закона учреждение направило в ТФОМС Архангельской области претензию по акту медико-экономической экспертизы. В связи с поступлением данной претензии ТФОМС провел медико-экономическую реэкспертизу случаев оказания медицинской помощи пациентам, в отношении которых были выявлены нарушения. По результатам данной реэкспертизы ТФОМС составлен акт, в котором фонд признал правильной и обоснованной сумму взаиморасчета, определенную страховой компанией за нарушение учреждением договора. Кроме того, ТФОМС выявлено неверное определение размера штрафа страховой компанией в отношении одного из пациентов. Не согласившись с названными выводами, учреждение подписало указанный акт реэкспертизы с протоколом разногласий. ТФОМС уведомил учреждение, что его разногласия не приняты. На основании акта реэкспертизы и по итогам рассмотрения претензии учреждения ТФОМС было вынесено решение, в котором фонд признал правильной и обоснованной определенную страховой компанией сумму взаиморасчета по трем случаям оказания медицинской помощи согласно акту первоначальной медико-экономической экспертизы и признал обоснованным, но неполным определение штрафа по одному случаю согласно акту реэкспертизы.

Поликлиника обратилась в арбитражный суд с заявлением о признании недействительным решения в части этих пунктов. Суд первой инстанции удовлетворил заявленные требования в полном объеме, апелляционная коллегия также не нашла правовых оснований для отмены решения суда (см. Постановление Четырнадцатого арбитражного апелляционного суда от 18 ноября 2014 г. по делу N А05-6444/2014).

Глава 10. ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО УЧЕТА

В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Статья 43. Персонифицированный учет в сфере обязательного медицинского страхования

Комментарий к статье 43

1. Глава 10 настоящего федерального закона посвящена организации персонифицированного учета в сфере ОМС.

В комментируемой статье дается **определение персонифицированного учета**, который является неотъемлемым элементом любой системы обязательного страхования.

Для сравнения отметим, что Федеральный закон от 1 апреля 1996 г. N 27-ФЗ "Об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования" полностью посвящен правовым основам и принципам организации индивидуального (персонифицированного) учета сведений о гражданах, на которых распространяется действие законодательства РФ об обязательном пенсионном страховании. Согласно данному нормативному акту на каждого застрахованного гражданина заводится индивидуальный лицевой счет застрахованного лица. Если сравнить положения о персонифицированном учете и в сфере обязательного медицинского, и в сфере обязательного пенсионного страхования, то можно сделать вывод, что между ними имеется очевидное сходство <103>.

--------------------------------

<103> См.: Корнеева О.И. Персонифицированный учет в Федеральных законах "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации": аналитический обзор // Медицинское право. 2016. N 2. С. 50 - 55.

**Персонифицированный учет в сфере ОМС** представляет собой организацию и ведение учета сведений о каждом застрахованном лице в целях реализации прав граждан на бесплатное оказание медицинской помощи в рамках программ ОМС (о базовой и территориальной программах ОМС см. [комментарий к ст. ст. 35](#Par2678) и [36](#Par2774)).

Как и любой учет, персонифицированный учет в сфере ОМС подразумевает проведение сбора, систематизации и хранения сведений:

- под **сбором** понимается деятельность, направленная на получение информации о застрахованных лицах (получение документов, истребование информации и т.д.);

- **обработка** - деятельность, направленная на анализ информации из разных источников, определение ее подлинности, синхронности (совпадение, точность информации из разных источников), создание прогнозов на основе полученных данных, использование информации для контроля оказанной медицинской помощи и т.д.;

- **хранение** - деятельность по обеспечению централизованного свода информации в едином источнике с обеспечением условий по поддержанию актуальности такой информации и безопасности (конфиденциальности) данных <104>.

--------------------------------

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | КонсультантПлюс: примечание.Комментарий к Федеральному закону от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (под ред. Т.Ю. Грачевой) включен в информационный банк. |  |

<104> См.: Комментарий к Федеральному закону от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (постатейный) / под ред. Т.Ю. Грачевой. М., 2017.

При осуществлении указанных действий должны соблюдаться требования ФЗ "О персональных данных", поскольку сведения о застрахованных лицах являются их персональными данными.

Цели ведения персонифицированного учета в сфере ОМС определены в ч. 2 комментируемой статьи, субъекты - в ч. 3, Порядок ведения персонифицированного учета в сфере ОМС утвержден Приказом Минздравсоцразвития РФ от 25 января 2011 г. N 29н.

Персонифицированный учет ведется путем составления особого **единого регистра застрахованных лиц**, разделенного на два сегмента - региональный и центральный (сводный регистр застрахованных лиц по всей стране).

2. В ч. 2 комментируемой статьи названы три основные цели, которым служит система персонифицированного учета.

Первой целью является **создание условий для обеспечения гарантий прав застрахованных лиц на бесплатное оказание медицинской помощи** в соответствующем объеме и надлежащего качества.

Пример. А.М. Кучук обратилась в Конституционный Суд РФ и просила признать не соответствующими Конституции РФ отдельные положения комментируемого Закона и ФЗ "О персональных данных", в том числе ч. 1 настоящей статьи, определяющую персонифицированный учет в сфере ОМС как организацию и ведение учета сведений о каждом застрахованном лице в целях реализации прав граждан на бесплатное оказание медицинской помощи в рамках программ ОМС. Как следует из представленных материалов, решением суда общей юрисдикции, вступившим в законную силу, А.М. Кучук было отказано в удовлетворении заявления о признании права на получение бумажных страховых полисов ОМС без штрихового кодирования. По мнению заявительницы, законодательное требование об использовании страхового полиса единого образца, на который наносится штриховой код, нарушает право граждан православного вероисповедания на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь, на неприкосновенность частной жизни.

Конституционный Суд РФ, изучив представленные материалы, не нашел оснований для принятия данной жалобы к рассмотрению. По мнению суда, оспариваемые заявительницей положения комментируемого Закона и ФЗ "О персональных данных", устанавливающие порядок сбора, обработки, передачи и хранения персональных данных при ведении персонифицированного учета в системе ОМС, направлены на обеспечение и защиту прав субъектов персональных данных, на создание условий для обеспечения гарантий прав застрахованных лиц на бесплатное оказание медицинской помощи и не регламентируют вопросы нанесения на полис ОМС штрих-кода, а также стандарты автоматической идентификации (штрихового кодирования), с которыми А.М. Кучук связывает нарушение своих прав как лица православного вероисповедания, а потому не могут считаться нарушающими права граждан в указанном заявительницей аспекте (см. Определение Конституционного Суда РФ от 20 ноября 2014 г. N 2631-О "Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Кучук Аллы Михайловны на нарушение ее конституционных прав положениями ст. ст. 43, 44 и 45 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", ст. ст. 2, 5 и 10 Федерального закона "О персональных данных").

Второй целью ведения персонифицированного учета является **создание условий для осуществления контроля за использованием средств ОМС**.

Использование финансовых средств контролируется ФФОМС на основе обобщения сведений персонифицированного учета, поступающих из регионов. Единый регистр, в котором содержатся сведения о медицинской помощи, оказанной каждому застрахованному лицу за истекший период, позволяет не только хранить такую информацию, но и анализировать ее. При наличии сомнений в целесообразности и обоснованности использования средств ОМС проводятся необходимые проверки.

Процедура осуществления контроля ФФОМС за соблюдением законодательства об ОМС и за использованием средств ОМС определяется Порядком осуществления Федеральным фондом обязательного медицинского страхования контроля за соблюдением законодательства об обязательном медицинском страховании и за использованием средств обязательного медицинского страхования (утв. Приказом ФФОМС от 19 декабря 2013 г. N 260). Контроль нацелен на предупреждение и выявление нарушений норм законодательства об ОМС, а также принятие мер по устранению нарушений в случае их выявления.

Третьей целью персонифицированного учета названо **определение потребности в объемах медицинской помощи в целях разработки программ ОМС**.

Потребности в необходимых объемах медицинской помощи могут определяться на основании данных, полученных путем обобщения информации персонифицированного учета за предыдущие годы (год). В системе персонифицированного учета отражаются сведения о видах, условиях, сроках и объемах оказанной медицинской помощи, ее стоимости, о медицинских услугах, оказанных каждому застрахованному лицу.

Указанные сведения позволяют учесть реальные потребности в объемах медицинской помощи, в том числе в лекарственных препаратах, при разработках программ ОМС, а также при определении стоимости программ и формировании бюджета.

Постановлением Правительства РФ от 19 декабря 2016 г. N 1403 утверждена Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов. Указанная Программа устанавливает перечень видов, форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, а также требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка и условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи (подробнее о базовой программе ОМС см. [комментарий к ст. 35](#Par2678)).

Органы государственной власти субъектов РФ в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включая территориальные программы ОМС, установленные в соответствии с законодательством РФ об ОМС (подробнее о территориальной программе ОМС см. [комментарий к ст. 36](#Par2774)).

Таким образом, персонифицированный учет осуществляется для сбора не любой информации о застрахованных лицах, а только той, которая **позволяет идентифицировать данное лицо** и отличить его от иных лиц, и **содержит информацию, связанную с получением таким лицом медицинской помощи в рамках программ ОМС** (т.е. законодатель устанавливает пределы для сбора такой информации). Такая информация позволяет прежде всего определить потребность в медицинской помощи в том или ином регионе (районе) по видам такой помощи и заболеваниям, прогнозировать потребность в медицинской помощи в будущем (т.е. проводить анализ заболеваемости). На основе данных персонифицированного учета в том числе осуществляется расчет потребности в объемах медицинской помощи путем установления нормативов такой помощи в программах ОМС в расчете на 1 человека.

3. **Субъекты, осуществляющие персонифицированный учет**, сбор, обработку, передачу и хранение сведений, определены в ч. 3 комментируемой статьи - ими являются:

- ФФОМС (см. [комментарий к ст. ст. 12](#Par1130), [33](#Par2517));

- ТФОМС (см. [комментарий к ст. ст. 13](#Par1154), [34](#Par2603));

- федеральный орган исполнительной власти, уполномоченный по контролю и надзору в области налогов и сборов, его территориальные органы. Федеральным законом от 3 июля 2016 г. N 250-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных законодательных актов (положений законодательных актов) Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона "О внесении изменений в части первую и вторую Налогового кодекса Российской Федерации в связи с передачей налоговым органам полномочий по администрированию страховых взносов на обязательное пенсионное, социальное и медицинское страхование" в ч. 3 комментируемого Закона были внесены изменения. Вместо Пенсионного фонда РФ и его территориальных органов полномочиями по персонифицированному учету с 1 января 2017 г. наделены **Федеральная налоговая служба России и ее территориальные органы**;

- страховые медицинские организации (см. [комментарий к ст. 14](#Par1186));

- медицинские организации (см. [комментарий к ст. 15](#Par1374));

- страхователи для неработающих граждан в соответствии с полномочиями, предусмотренными комментируемым Законом, - ими являются органы исполнительной власти субъектов РФ, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов РФ, и организации, определенные Правительством РФ (см. [п. 5 комментария к ст. 11](#Par1120)).

4. С вступлением в силу Федерального закона от 29 июля 2018 г. N 268-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу абзаца одиннадцатого части второй статьи 16 Федерального закона "Об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования" была признана утратившей силу ч. 4 комментируемой статьи. В ней содержалась норма об осуществлении **информационного взаимодействия** со страхователями для неработающих граждан, с ФНС России и ее территориальными органами, медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями и иными организациями для целей персонифицированного учета ФФОМС и ТФОМС. Упразднение указанной нормы в комментируемой статье взаимоувязано с изменениями, которые были внесены в Федеральный закон от 1 апреля 1996 г. N 27-ФЗ "Об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования".

5. **Порядок ведения персонифицированного учета в сфере ОМС** должен быть установлен уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в соответствии с указанием ч. 5 настоящей статьи. Такой порядок был утвержден Приказом Минздравсоцразвития РФ от 25 января 2011 г. N 29н "Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования".

Порядок ведения персонифицированного учета в сфере ОМС определяет следующие правила относительно ведения персонифицированного учета сведений о каждом застрахованном лице в системе ОМС:

- организацию персонифицированного учета в сфере ОМС;

- ведение единого регистра застрахованных лиц;

- ведение персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованных лицам;

- технологию обмена информацией при ведении персонифицированного учета в сфере ОМС.

Персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах ведется в форме **единого регистра застрахованных лиц**.

В регистре содержатся следующие **сведения о застрахованных лицах**: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), номер полиса ОМС застрахованного лица, данные о выбранной им страховой медицинской организации, дата регистрации в качестве застрахованного лица и его статус (подробнее см. [п. 2 комментария к ст. 44](#Par3773)).

Кроме того, в едином регистре содержатся **персонифицированные сведения о медицинской помощи**, оказанной каждому из застрахованных лиц, а именно:

- номер полиса ОМС застрахованного лица;

- медицинская организация, оказавшая соответствующие услуги;

- виды, условия, сроки, объемы и стоимость оказанной медицинской помощи;

- диагноз;

- профиль оказания медицинской помощи;

- медицинские услуги, оказанные застрахованному лицу, и примененные лекарственные препараты;

- примененные стандарты медицинской помощи;

- специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь;

- результат обращения за медицинской помощью;

- результаты проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (подробнее см. [п. 4 комментария к ст. 44](#Par3801)).

Сведения из единого регистра о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи могут быть предоставлены как в письменной, так и в электронной форме.

Ведение **регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц** осуществляет ТФОМС на основании сведений о застрахованных лицах, предоставляемых страховой медицинской организацией.

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

Комментарий к статье 44

1. В ч. 1 комментируемой статьи установлено, что персонифицированный учет ведется в Российской Федерации в двух направлениях:

1) в отношении личности застрахованных лиц;

2) в отношении медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам (при этом учитываются объемы, сроки, виды и иные сведения медицинской помощи).

Ограниченный перечень сведений, сбор, обработка, передача и хранение которых осуществляются при ведении персонифицированного учета, определен соответственно в ч. ч. 2 и 4 комментируемой статьи для каждого из указанных направлений.

Весь учет ведется в электронном виде и на бумажных носителях, при этом данная информация является доступной для строго определенного перечня лиц. Порядок ведения учета утвержден Приказом Минздравсоцразвития РФ от 25 января 2011 г. N 29н.

В целях установления единых требований и правил информационного взаимодействия, применяемых участниками и субъектами ОМС на территории Российской Федерации, ФФОМС принят Приказ от 7 апреля 2011 г. N 79 "Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования", которым также следует руководствоваться при применении положений комментируемой статьи.

2. В ч. 2 комментируемой статьи приведен **перечень сведений, которые учитываются при ведении персонифицированного учета застрахованных лиц**. Названный перечень является строго определенным, исчерпывающим и содержит в себе 16 позиций, которые позволяют идентифицировать человека, обратившегося за медицинской помощью, как лица, застрахованного в системе ОМС, и включают в себя следующие сведения:

- **фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения** - эти сведения содержатся в паспорте гражданина РФ либо ином документе, удостоверяющем личность застрахованного лица на территории РФ, и указываются так, как они записаны в данном документе; **данные такого документа**, а также **сведения о гражданстве**. При осуществлении информационного взаимодействия с целью ведения персонифицированного учета используются классификаторы пола застрахованного лица, типов документов, удостоверяющих личность, в соответствии с приложением "А" к Приказу ФФОМС от 7 апреля 2011 г. N 79. Гражданство лица рекомендуется указывать в соответствии с Общероссийским классификатором стран мира, утв. Постановлением Госстандарта России от 14 декабря 2001 г. N 529-ст;

- **сведения о месте регистрации** (субъект, район, населенный пункт, при наличии улица, номер дома, корпус и номер квартиры, не указывается для лиц без определенного места жительства) и **дате регистрации**, а также сведения **о фактическом месте жительства** (не указывается при совпадении с адресом регистрации по месту жительства в Российской Федерации);

- **СНИЛС** - на территории России его имеет каждое лицо, застрахованное в системе обязательного пенсионного страхования. СНИЛС присваивается Пенсионным фондом РФ в момент открытия индивидуального лицевого счета. Индивидуальный лицевой счет застрахованного лица также содержит в общей части такие сведения, как фамилия, имя, отчество, дата и место рождения застрахованного лица, пол, адрес и др. Таким образом, наличие сведений СНИЛС в системе персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах позволяет объединить базу Пенсионного фонда РФ и ФФОМС. СНИЛС указывается в свидетельстве обязательного пенсионного страхования, которое выдается каждому застрахованному лицу Пенсионным фондом РФ и его территориальными органами. Страховые свидетельства обязательного пенсионного страхования хранятся у застрахованных лиц, в случае их утери по заявлению застрахованного лица выдается новое свидетельство, при этом СНИЛС остается прежним, поскольку не подлежит изменению на протяжении всей жизни человека. При отсутствии у лица, застрахованного в системе ОМС, СНИЛС его номер не указывается;

- **номер полиса ОМС застрахованного лица** - в настоящее время лицо может иметь полис ОМС, выданный до 1 мая 2011 г., временное свидетельство, выдаваемое на время оформления полиса ОМС единого образца, либо полис ОМС единого образца, предусмотренный комментируемым Законом. Соответственно, указываются номер или серия и номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС. Полис ОМС является документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории РФ в объеме, предусмотренном базовой программой обязательного медицинского страхования. Полис ОМС, выданный в одном регионе, действителен на всей территории РФ. При изменении фамилии, имени и отчества или места жительства гражданин должен в течение месяца уведомить об этом страховую компанию, однако отсутствие регистрации по месту жительства или месту пребывания не является основанием для аннулирования действия полиса. Переоформление полиса осуществляется только в случаях изменения фамилии, имени и отчества гражданина (подробнее см. [комментарий к ст. 45](#Par3853));

- **данные о страховой медицинской организации**, выбранной застрахованным лицом; дату регистрации в качестве застрахованного лица - выбор страховой организации осуществляется застрахованным лицом путем подачи заявления в страховую медицинскую организацию лично или через своего представителя в соответствии с Правилами ОМС (подробнее см. [комментарий к ст. 16](#Par1436)). При осуществлении информационного взаимодействия с целью ведения персонифицированного учета используется Единый реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в соответствии с приложением "А" к Приказу ФФОМС от 7 апреля 2011 г. N 79;

- **статус застрахованного лица** (работающий, неработающий) - указывается на основании данных Пенсионного фонда РФ. При осуществлении информационного взаимодействия с целью ведения персонифицированного учета используется классификатор статуса застрахованного лица в соответствии с приложением "А" к Приказу ФФОМС от 7 апреля 2011 г. N 79;

- **сведения о медицинской организации, а также о медицинском работнике, выбранных застрахованным лицом** для получения первичной медико-санитарной помощи. При осуществлении информационного взаимодействия с целью ведения персонифицированного учета используется Единый реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в соответствии с приложением "А" к Приказу ФФОМС от 7 апреля 2011 г. N 79.

В настоящее время у застрахованных лиц появилась возможность выбрать медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина). В выбранной медицинской организации гражданин осуществляет выбор не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации) врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации (ст. 21 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"). Однако, как отмечается специалистами, указанная возможность закреплена лишь в норме закона, а механизм его реализации на практике отсутствует. Более того, пациенты, воспользовавшиеся данным правом выбора медицинской организации для оказания им первичной медико-санитарной помощи не по территориально-участковому принципу, а по своему усмотрению, на практике могут столкнуться с трудностями в получении медицинской помощи на дом и с преемственностью в оказании медицинской помощи. Это связано с тем, что в настоящее время действует Положение об организации деятельности участкового врача-терапевта, утв. Приказом Минздравсоцразвития РФ от 7 декабря 2005 г. N 765, в соответствии с которым участковый врач-терапевт формирует врачебный (терапевтический) участок из прикрепленного к нему населения <105>.

--------------------------------

<105> См.: Нечаев С.В. Право на выбор врача и медицинской организации // Социальное и пенсионное право. 2012. N 3. С. 20 - 24.

Страховая организация обязана не только в полном объеме передать указанные в ч. 2 комментируемой статьи персонифицированные сведения, но и сделать это **в установленные договором о финансовом обеспечении ОМС сроки** (см. п. 9 ч. 2 ст. 38), чтобы избежать применения к ней мер ответственности в виде штрафа.

Пример. Постановлением Арбитражного суда Волго-Вятского округа было удовлетворено требование о взыскании штрафа по договору о финансовом обеспечении ОМС. Разбираясь в обстоятельствах дела, суд установил, что ТФОМС начислил страховой организации штраф, установив факт нарушения срока передачи данных о застрахованных лицах и факт внесения в единый регистр застрахованных лиц записей, содержащих недостоверные сведения. Решением суда требование было удовлетворено, так как факты совершения нарушений доказаны. Суд посчитал, что основания для уменьшения штрафа на основании ст. 333 ГК РФ отсутствуют, поскольку к заключенному сторонами договору подлежат применению положения ст. ст. 1, 14, 38, 44 комментируемого Закона и Правил ОМС, не предусматривающие возможность снижения санкций (см. Постановление Арбитражного суда Волго-Вятского округа от 12 февраля 2016 г. N Ф01-6137/2015 по делу N А28-14767/2014).

3. Согласно ч. 3 комментируемой статьи персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах ведется в виде **единого регистра застрахованных лиц**.

Регистр состоит из **двух сегментов** - регионального и центрального. **Региональный** сегмент ведется ТФОМС по каждому субъекту РФ, **центральный** - сводный - содержит информацию о застрахованных лицах, проживающих на территории Российской Федерации. Ответственным за ведение регионального сегмента является соответствующий территориальный фонд. За ведение центрального сегмента отвечает ФФОМС, который обеспечивает общий контроль за актуализацией и использованием единого регистра застрахованных лиц.

**Порядок ведения единого регистра застрахованных лиц** утвержден Приказом Минздравсоцразвития РФ от 25 января 2011 г. N 29н, при этом раздел III посвящен правилам ведения регионального регистра застрахованных лиц, а раздел IV - правилам ведения центрального сегмента единого регистра застрахованных лиц.

Согласно требованиям п. 14 раздела III указанного Порядка при ведении регионального регистра застрахованных лиц ТФОМС обязан обеспечивать круглосуточный режим приема и обработки файлов с изменениями, поступивших от страховых медицинских организаций.

**Налоговые органы** ежеквартально не позднее 15-го числа второго месяца, следующего за отчетным периодом, предоставляют в соответствии с Соглашением об информационном обмене между Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю и надзору в области налогов и сборов, в соответствующий ТФОМС сведения о работающих застрахованных лицах для внесения их в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц.

В соответствии с требованиями п. 19 раздела III Порядка ведения единого регистра застрахованных лиц **ТФОМС** ежеквартально актуализирует региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц на основании сведений о работающих застрахованных лицах и направляет информационные файлы со сведениями о работающих застрахованных лицах, сведения о которых отсутствуют в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц, в ФФОМС для актуализации центрального сегмента единого регистра застрахованных лиц.

**Страхователь для неработающих граждан** ежемесячно не позднее 5-го числа каждого месяца предоставляет в соответствующий ТФОМС сведения о неработающих застрахованных лицах. Страхователи для неработающих граждан осуществляют обмен информацией с ТФОМС в электронном виде в порядке, установленном соглашением об информационном обмене, утверждаемым ФФОМС.

ТФОМС актуализирует региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц на основании сведений, получаемых от ФФОМС из центрального сегмента единого регистра застрахованных лиц. Также территориальный фонд осуществляет общий контроль за региональным сегментом единого регистра застрахованных лиц. В случае обнаружения ошибок и несоответствий ТФОМС направляет соответствующую информацию страховой медицинской организации с указанием перечня несоответствий и сроков их исправления.

В соответствии с требованиями п. 24 раздела IV Порядка ведения единого регистра застрахованных лиц ТФОМС при **внесении изменений в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц** формирует файлы с изменениями, которые направляет в ФФОМС для актуализации центрального сегмента единого регистра застрахованных лиц по мере необходимости, но не реже 1 раза в день при наличии изменений в сведениях о застрахованных лицах. В файлы с изменениями включаются все вновь введенные и измененные с момента последней отправки сведения о застрахованных лицах.

ФФОМС должен обеспечивать круглосуточный режим приема и обработки файлов с изменениями от ТФОМС. При этом проводится проверка на наличие у застрахованного лица ранее выданного действующего полиса ОМС единого образца в центральном сегменте единого регистра застрахованных лиц.

Согласно п. 27 раздела IV Порядка ведения единого регистра застрахованных лиц в центральном сегменте единого регистра застрахованных лиц осуществляется обработка информационных файлов со сведениями о государственной регистрации смерти и сведениями о статусе застрахованных лиц (работающий, неработающий), направляемых ТФОМС по лицам, сведения о которых отсутствуют в их региональных сегментах единого регистра застрахованных лиц, результаты которой направляются в ТФОМС по месту страхования.

ФФОМС ведет центральный сегмент единого регистра застрахованных лиц, обеспечивает общий контроль за актуализацией и использованием единого регистра застрахованных лиц. Обмен данными между страховыми медицинскими организациями, ТФОМС и ФФОМС в целях ведения персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах осуществляется в электронном виде по выделенным или открытым каналам связи, включая Интернет, с использованием электронной цифровой подписи в соответствии с требованиями по защите персональных данных.

4. В ч. 4 комментируемого Закона перечислены 15 позиций, характеризующих медицинскую помощь, оказанную застрахованному лицу, в целях ее персонифицированного учета:

- **номер полиса ОМС** застрахованного лица - в случае отсутствия у лица полиса ОМС, выданного в соответствии с комментируемым Законом, указываются серия и номер полиса старого образца, выданного до 1 мая 2011 г., либо временного свидетельства, выдаваемого на время оформления полиса ОМС единого образца (о полисе ОМС см. [комментарий к ст. 45](#Par3853));

- **медицинская организация**, оказавшая соответствующие услуги (о медицинских организациях в сфере ОМС см. [комментарий к ст. 15](#Par1374)). При осуществлении информационного взаимодействия с целью ведения персонифицированного учета используется Единый реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в соответствии с приложением "А" к Приказу ФФОМС от 7 апреля 2011 г. N 79;

- **виды оказанной медицинской помощи:** первичная медико-санитарная помощь, специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь, скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь либо паллиативная медицинская помощь (ч. 2 ст. 32 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ"). При осуществлении информационного взаимодействия с целью ведения персонифицированного учета используется классификатор видов медицинской помощи в соответствии с приложением "А" к Приказу ФФОМС от 7 апреля 2011 г. N 79;

- **условия оказания медицинской помощи:** вне медицинской организации, амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника, в дневном стационаре либо стационарно (ч. 3 ст. 32 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ"). При осуществлении информационного взаимодействия с целью ведения персонифицированного учета используется классификатор условий оказания медицинской помощи в соответствии с приложением "А" к Приказу ФФОМС от 7 апреля 2011 г. N 79;

- **формы оказания медицинской помощи:** экстренная, неотложная либо плановая (ч. 4 ст. 32 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ"). При осуществлении информационного взаимодействия с целью ведения персонифицированного учета используется классификатор форм оказания медицинской помощи в соответствии с приложением "А" к Приказу ФФОМС от 7 апреля 2011 г. N 79;

- **сроки, объемы и стоимость** оказанной медицинской помощи - в частности, при осуществлении информационного взаимодействия с целью ведения персонифицированного учета используются классификаторы способов оплаты медицинской помощи и статусов оплаты медицинской помощи в соответствии с приложением "А" к Приказу ФФОМС от 7 апреля 2011 г. N 79;

- **диагноз** - основанное на всестороннем обследовании пациента и составленное с использованием медицинских терминов медицинское заключение о заболевании (состоянии) пациента. Диагноз, как правило, включает в себя сведения об основном заболевании или о состоянии, сопутствующих заболеваниях или состояниях, а также об осложнениях, вызванных основным заболеванием и сопутствующим заболеванием (ст. 70 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ"). Указываются первичный, основной и сопутствующие диагнозы согласно медицинской документации и в соответствии с МКБ-10;

- **профиль** оказания медицинской помощи: "акушерское дело", "аллергология и иммунология", "гематология", "неврология", "терапия" и др. - их перечень (50 видов) приводится в Приказе Минздравсоцразвития РФ от 17 мая 2012 г. N 555н "Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи". Следует обратить внимание, что как среди видов, так и среди профилей медицинской помощи выделяются "скорая медицинская помощь" и "паллиативная медицинская помощь". В целом нельзя сказать, что приведенный в данном Приказе перечень профилей медицинской помощи является исчерпывающим, поскольку их указание в нем носит, скорее, вспомогательный характер для целей установления номенклатуры коечного фонда. В то же время ни определения, ни иного указания на перечень профилей медицинской помощи федеральное законодательство не содержит. Часть 2 ст. 37 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" определяет, что порядки оказания медицинской помощи разрабатываются как по отдельным ее видам, так и по профилям, при этом утверждены порядки оказания медицинской помощи по профилям медицинской помощи, которые в приведенном выше Приказе Минздравсоцразвития РФ от 17 мая 2012 г. N 555н не указаны (например, "диетология"). В Приказе ФФОМС от 7 апреля 2011 г. N 79 разъясняется, что при информационном взаимодействии используется классификатор профилей оказанной медицинской помощи, составленный на основе Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, утв. Постановлением Правительства РФ от 16 апреля 2012 г. N 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")". Код профиля медицинской помощи является обязательным для стационарной и медицинской помощи и медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах;

- **медицинские услуги**, оказанные застрахованному лицу, и примененные **лекарственные препараты** - под **медицинской услугой** понимается медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение (п. 4 ст. 2 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ"). Номенклатура работ и услуг в здравоохранении утверждена Приказом Минздравсоцразвития РФ от 12 июля 2004 г., Номенклатура медицинских услуг утверждена Приказом Минздравсоцразвития РФ от 13 октября 2017 г. N 804н. При указании лекарственных препаратов используется Государственный реестр лекарственных средств, являющийся федеральным справочником и доступный на сайте Минздравсоцразвития РФ (http://grls.rosminzdrav.ru/grls.aspx);

- примененные **стандарты медицинской помощи** - стандарты медицинской помощи, на основании которых в Российской Федерации организуется и оказывается медицинская помощь, которые разрабатываются в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг и включают в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения. Стандарты медицинской помощи утверждаются Минздравом России (ст. 37 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ");

- **медицинский работник** или медицинские работники, оказавшие медицинские услуги, - в Порядке ведения персонифицированного учета в сфере ОМС уточняется, что указывается специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь. При осуществлении информационного взаимодействия с целью ведения персонифицированного учета используется классификатор медицинских специальностей в соответствии с приложением "А" к Приказу ФФОМС от 7 апреля 2011 г. N 79. Указание кода специальности медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь, является обязательным для поликлинической/стоматологической помощи. Отметим здесь, что в комментируемом Законе практически нет каких-либо четких требований к сведениям о лицах, оказывающих медицинскую помощь. Чтобы правильно и в полном объеме указать эти сведения, страховой организации необходимо обратиться к нормам другого Закона - ст. 93 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", в котором содержится полный их перечень, состоящий из 13 позиций, а именно: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; место рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; место жительства; место регистрации; дата регистрации; СНИЛС (при наличии); сведения об образовании; наименование организации, оказывающей медицинские услуги; занимаемая должность в организации, оказывающей медицинские услуги <106>. Считаем, что подход, применяемый в комментируемом Законе в отношении ведения персонифицированного учета в сфере ОМС, противоречит аналогичному для ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ". Представляется, что в комментируемой статье должны быть конкретизированы сведения, которые используются в целях ведения персонифицированного учета;

- **результат обращения за медицинской помощью** - при осуществлении информационного взаимодействия с целью ведения персонифицированного учета используется классификатор результатов обращения за медицинской помощью в соответствии с приложением "А" к Приказу ФФОМС от 7 апреля 2011 г. N 79;

- **результаты проведенного контроля** объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи - указываются сведения о проведенном медико-экономическом контроле и примененных санкциях, о проведенной медико-экономической экспертизе и примененных санкциях, о проведенной экспертизе качества медицинской помощи и примененных санкциях.

--------------------------------

<106> См.: Корнеева О.И. Персонифицированный учет в Федеральных законах "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации": аналитический обзор // Медицинское право. 2016. N 2. С. 50 - 55.

Сбор, обработка, передача и хранение указанных сведений ведутся в целях **персонифицированного учета сведений о медицинской помощи**, оказанной застрахованным лицам. Приведенный выше перечень является ограниченным и исчерпывающим.

На основании данных персонифицированного учета об оказанной медицинской помощи ТФОМС проводят проверки правильности использования средств ОМС и в случае выявления нарушений, в целях восстановления неправильно истраченных средств ОМС обращаются в суд, который на основании имеющихся сведений может привлечь виновное лицо к ответственности.

Пример. Постановлением ФАС Уральского округа было удовлетворено требование ГБУЗ Свердловской области "Научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи "Уральский институт кардиологии" об отмене предписания ТФОМС. По обстоятельствам дела, исследованным в суде, учреждению было предписано восстановить средства ОМС, использованные на оплату услуг по проведению компьютерной томографии, не включенных в медико-экономические стандарты, принятые на территории субъекта РФ.

Рассматривая дело, суды апелляционной и кассационной инстанций пришли к выводу, что требование учреждения подлежит удовлетворению, так как спорные услуги предусмотрены программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, которая имеет большую юридическую силу, факты необоснованного проведения компьютерной томографии не выявлены, оказанные услуги оплачены учреждением в пределах установленных тарифов (см. Постановление ФАС Уральского округа от 3 мая 2012 г. N Ф09-2297/12 по делу N А60-33398/2011).

5. Согласно ч. 5 комментируемого Закона 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 том случае, когда сведения предоставляются в виде **электронного документа**, он должен быть удостоверен **усиленной квалифицированной электронной подписью**.

Согласно п. 4 ст. 5 Федерального закона от 6 апреля 2011 г. N 63-ФЗ "Об электронной подписи" **квалифицированной электронной подписью** является электронная подпись, которая соответствует всем признакам неквалифицированной электронной подписи и следующим дополнительным признакам:

1) ключ проверки электронной подписи указан в квалифицированном сертификате;

2) для создания и проверки электронной подписи используются средства электронной подписи, имеющие подтверждение соответствия требованиям, установленным в соответствии с указанным Федеральным законом.

Сведения о застрахованном лице и оказанной ему медицинской помощи могут предоставляться также в **письменной форме**. В этом случае документы, содержащие такие сведения, должны быть заверены печатью организации, подписью руководителя организации и лица, ответственного за обработку информации <107>.

--------------------------------

<107> См.: Маслова Т.А. Медицинское страхование граждан: новшества, возможности выбора. М.: Библиотечка "Российской газеты", 2011. Вып. 23.

Законодатель оставляет за участниками информационного обмена право самим определять форму и вид обмена информацией. Например, может быть выбран в качестве основного способа обмен в электронной форме, а обмен в письменном виде, т.е. на бумажном носителе, предусмотрен лишь как крайняя мера при технической невозможности электронного обмена <108>.

--------------------------------

<108> Именно такой порядок был закреплен в Соглашении об информационном обмене между Пенсионным фондом РФ и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, утв. ПФ РФ N АД-08-33/03сог, ФФОМС N 558/91-и 31 января 2011 г. С 1 января 2017 г. полномочия по администрированию страховых взносов на обязательное медицинское страхование осуществляют налоговые органы.

6. Сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи относятся к информации **ограниченного доступа**. Это означает, что доступ к сведениям, содержащимся в едином регистре застрахованных лиц и реестре оказанной медицинской помощи, не может быть открыт и должен быть ограничен.

В связи с этим, в частности, в п. п. 11, 31 Порядка ведения персонифицированного учета в сфере ОМС содержится указание на то, что ТФОМС, страховые медицинские организации и медицинские организации должны приказом определить работников, которые будут допущены к обработке данных. Работу с информацией о застрахованных лицах в этом случае имеют право вести только такие работники. При этом должны быть обеспечены требования по защите персональных данных, предъявляемые законодательством РФ.

Согласно ч. 1 ст. 19 ФЗ "О персональных данных" оператор при обработке персональных данных обязан принимать необходимые правовые, организационные и технические меры или обеспечивать их принятие **для защиты персональных данных** от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий в отношении персональных данных.

Контроль за соблюдением требований законодательства об обработке персональных данных согласно ст. 23 ФЗ "О персональных данных" осуществляет Федеральная служба по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (п. 1 Положения о Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций, утв. Постановлением Правительства РФ от 16 марта 2009 г. N 228).

За разглашение такой информации предусмотрена **административная и уголовная ответственность**.

В частности, ст. 13.14 КоАП РФ за разглашение информации, доступ к которой ограничен федеральным законом (за исключением случаев, если разглашение такой информации влечет уголовную ответственность), лицом, получившим доступ к такой информации в связи с исполнением служебных или профессиональных обязанностей, за исключением случаев недобросовестной конкуренции, предусматривает наложение административного штрафа на граждан в размере от 500 до 1 000 рублей, на должностных лиц - от 4 000 до 5 000 рублей.

Должностное лицо, нарушившее режим хранения информации ограниченного доступа, также может быть привлечено к ответственности по ч. 2 ст. 137 УК РФ "Нарушение неприкосновенности частной жизни". Наказанием за такое деяние может быть штраф в размере от 100 000 до 300 000 рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного года до двух лет, лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок от двух до пяти лет, лишение свободы на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет.

Кроме административной и уголовной ответственности, должностное лицо может быть привлечено к **гражданско-правовой и дисциплинарной ответственности**.

К дисциплинарной ответственности работодатель привлекает работника согласно ТК РФ, в описываемом случае проступок может заключаться в нарушении должностной инструкции, описывающей работу с информацией ограниченного доступа.

О гражданско-правовой ответственности может идти речь в случае, когда неправомерное использование или разглашение информации ограниченного доступа повлекло за собой моральный вред, материальный вред, иные неблагоприятные последствия. Урегулирование убытков в этом случае происходит по инициативе лица, которому причинены вред или убытки, оно может происходить в досудебном или судебном порядке, регулируется нормами ГК РФ, комментируемого Закона и договорными отношениями.

Все виды юридической ответственности наступают независимо друг от друга и могут применяться совместно или порознь.

7. Согласно ч. 7 комментируемого Закона такие сведения о застрахованном лице, как номер полиса ОМС застрахованного лица; данные о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом; дата регистрации в качестве застрахованного лица; статус застрахованного лица (работающий, неработающий), **предоставляются ФФОМС по межведомственным запросам** органам государственной власти, предоставляющим государственные услуги, или органам местного самоуправления, предоставляющим муниципальные услуги, если для предоставления государственной или муниципальной услуги предусмотрено предоставление таких сведений или документа, содержащего такие сведения, в указанные государственные органы или органы местного самоуправления.

Порядок направления межведомственных запросов о предоставлении документов и информации, необходимых для предоставления государственных и муниципальных услуг, в рамках межведомственного информационного взаимодействия регламентирован ст. 7.2 Федерального закона от 27 июля 2010 г. N 210-ФЗ "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг".

Статья 45. Полис обязательного медицинского страхования

Комментарий к статье 45

1. Комментируемая статья посвящена **полису ОМС** и содержит легальное определение данного документа. Также из комментируемой нормы следует, что полис ОМС должен отвечать единым требованиям, установленным Правилами ОМС.

2. Легальное определение полиса ОМС приведено в ч. 1 комментируемой статьи, в соответствии с которой **полис ОМС** - это документ, удостоверяющий право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой программой ОМС.

Из данного определения можно вывести следующие признаки полиса ОМС:

1) является документом;

2) удостоверяет право застрахованного лица;

3) удостоверяет право на бесплатное оказание медицинской помощи в объеме, предусмотренном базовой программой ОМС;

4) имеет всероссийскую сферу действия.

2.1. Первый признак, выводимый из определения полиса ОМС, указанного в ч. 1 комментируемой статьи, - это то, что полис является **документом**.

Согласно словарному определению **документ** - это деловая бумага, служащая доказательством чего-либо, подтверждающая право на что-либо <109>.

--------------------------------

<109> См.: Большой толковый словарь русского языка / гл. ред. С.А. Кузнецов. 2014 // Грамота.ру. URL: http://gramota.ru/slovari/info/bts/ (дата обращения: 15 октября 2020 г.).

В соответствии с абз. 3 ст. 1 Федерального закона от 29 декабря 1994 г. N 77-ФЗ "Об обязательном экземпляре документов" **документ** - это материальный носитель с зафиксированной на нем в любой форме информацией в виде текста, звукозаписи, изображения и (или) их сочетания, который имеет реквизиты, позволяющие его идентифицировать, и предназначен для передачи во времени и в пространстве в целях общественного использования и хранения (определение для целей указанного Закона).

Национальный стандарт РФ ГОСТ Р ИСО 15489-1-2007 "Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Управление документами. Общие требования" (утв. Приказом Ростехрегулирования от 12 марта 2007 г. N 28-ст) определяет **документ** как зафиксированную на материальном носителе идентифицируемую информацию, созданную, полученную и сохраняемую организацией или физическим лицом в качестве доказательства при подтверждении правовых обязательств или деловой деятельности.

До 2011 года на территории РФ существовали несколько форматов полисов ОМС в зависимости от страховой медицинской организации, каждая из которых предлагала свой бланк, размер и текстовое содержание полиса ОМС.

В соответствии с Концепцией информатизации системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации на 2000 - 2005 годы, утв. правлением ФФОМС 26 апреля 2000 г. (письмо ФФОМС от 13 июля 2000 г. N 3339/91-и), в качестве основных направлений совершенствования системы учета застрахованных были обозначены переход к организации учета застрахованных по адресно-территориальному принципу (по месту жительства) при сохранении системы страхования по территориально-производственному принципу (как это определено в Законе об ОМС 1991 г.); использование единой системы нумерации полисов ОМС.

Таким образом, к моменту вступления в силу комментируемого Закона отсутствовала единая форма полиса ОМС, существовала лишь единая система нумерации полисов ОМС на территории России.

Согласно ч. 2 ст. 51 комментируемого Закона полис старого образца был приравнен к новому полису ОМС и является действительным до замены такого полиса на полис ОМС единого образца. При этом:

- срок замены полисов ОМС, выданных до 1 мая 2011 года, на полисы ОМС единого образца законодательством не установлен;

- полисы ОМС, выданные до 1 января 2011 г. (то есть полисы старого образца), остаются у застрахованных лиц и изъятию не подлежат;

- полисы ОМС старого образца, у которых закончился срок действия, являются действующими вплоть до их замены на полисы ОМС единого образца.

Новый полис ОМС - полис единого образца, введение которого предусматривалось комментируемым Законом, начал выдаваться с 1 мая 2011 г. Как документ (носитель информации) полис ОМС должен быть выполнен в определенной форме. Для полисов ОМС в данный момент возможны две формы исполнения: **бумажная форма** и **электронная форма**.

Полис в форме универсальной электронной карты не может применяться с момента вступления в силу действующей редакции Правил ОМС - 28 февраля 2019 г., поскольку возможность применения такой формы была в них исключена.

Согласно п. 21 ранее действовавших Правил ОМС в субъектах РФ, где осуществляется использование универсальной электронной карты, полис ОМС мог быть обеспечен федеральным электронным приложением, содержащимся в универсальной электронной карте, в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2010 г. N 210-ФЗ "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг". С 2017 г. универсальные электронные карты не выдаются (п. 2 ст. 4 Федерального закона от 28 декабря 2016 г. N 471-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов Российской Федерации"). При этом не могут применяться ранее выпущенные разъяснения ФФОМС о принятии полисов ОМС в форме универсальных электронных карт (например, письмо ФФОМС от 18 февраля 2016 г. N 1228/91/и "О недопустимости отказа в оказании медицинской помощи застрахованным лицам с универсальной электронной картой", письмо ФФОМС от 1 июля 2014 г. N 3244/91-и "О недопустимости отказа в оказании медицинской помощи застрахованным лицам с универсальной электронной картой").

**Бумажная форма полиса ОМС.**

Полис ОМС единого образца в бумажной форме начал выпускаться с 1 мая 2011 г. Он изготавливается в виде отпечатанного на бланке формата А5 (148 x 210 мм) документа голубого цвета. ФФОМС направлено письмо от 23 июля 2012 г. N 5409/91-и "О бланке бумажного полиса обязательного медицинского страхования".

Срок действия полиса для застрахованных лиц зависит от вида застрахованных лиц:

1) для граждан России срок действия полиса не ограничивался и не ограничивается (выдается на всю жизнь);

2) постоянно проживающим на территории РФ иностранным гражданам и лицам без гражданства (то есть имеющим вид на жительство) выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года. Такой же срок предусмотрен и для беженцев, но не более срока пребывания в России;

3) временно проживающим на территории РФ иностранным гражданам и лицам без гражданства (то есть имеющим разрешение на временное проживание) выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока действия разрешения на временное проживание;

4) временно пребывающим в РФ трудящимся государств - членов Евразийского экономического союза (лицам, указанным в п. 4 приложения N 30 к Договору о Евразийском экономическом союзе, подписанному в г. Астане 29 мая 2014 г.) выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока действия трудового договора. При этом временно пребывающим в Российской Федерации иностранным гражданам, относящимся к категории членов коллегии Евразийской экономической комиссии, должностных лиц и сотрудников органов Евразийского экономического союза, выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока исполнения ими соответствующих полномочий.

Бланк полиса двусторонний: на **лицевой стороне** содержатся сведения о застрахованном лице и иные сведения, заверенные подписью застрахованного:

- номер полиса;

- фамилия, имя, отчество застрахованного, его пол и дата рождения;

- срок действия полиса;

- уникальный двумерный штрихкод (в штрихкоде шифруются номер полиса, фамилия, имя, отчество (при наличии), пол застрахованного лица, дата рождения, место рождения, срок действия полиса).

На **обратной стороне** полиса ОМС указываются:

- наименование, адрес (фактический) и телефон страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом;

- дата регистрации застрахованного лица в страховой медицинской организации;

- фамилия (полностью), имя, отчество (при наличии) (инициалы) представителя страховой медицинской организации, уполномоченного на выдачу полисов распоряжением руководителя страховой медицинской организации (при этом полномочие должно оформляться в порядке ст. ст. 185, 185.1 ГК РФ);

- подпись представителя сотрудника страховой медицинской организации, уполномоченного на выдачу полисов распоряжением руководителя страховой медицинской организации;

- печать страховой медицинской организации.

При этом указанные на обратной стороне данные, касающиеся страховой медицинской организации, повторяются 10 раз, что означает возможность для застрахованного лица выбрать, а затем поменять страховую организацию 10 раз (включительно) без замены бланка полиса ОМС. Порядок замены полиса ОМС (как и выдачи) указан в ст. 46 комментируемого Закона (см. [комментарий к ст. 46](#Par3939)).

Бумажный полис не предусматривает наличие фотографии застрахованного лица.

**Электронный полис ОМС.**

Полис ОМС единого образца в электронной форме также начал выпускаться с 1 мая 2011 г. Электронный полис ОМС изготавливается в виде пластиковой карты в трехцветном исполнении на фабрике АО "Гознак".

Так же как и бумажный полис, электронный полис ОМС двусторонний. На **лицевой стороне** электронного полиса содержится номер полиса.

**Оборотная сторона** электронного полиса ОМС содержит следующие сведения и персональные данные застрахованного лица:

- фамилию, имя, отчество (при наличии);

- пол;

- дату рождения;

- срок действия полиса (для граждан РФ не проставляется);

- подпись застрахованного лица;

- фотографию застрахованного лица (для застрахованных лиц в возрасте 14 лет и старше).

Действующими нормативными актами в сфере ОМС не предусмотрена возможность выдачи электронного страхового полиса ОМС для иностранных граждан и лиц без гражданства.

Электронный полис обеспечивает возможность размещения **электронного страхового приложения**. К электронному страховому приложению предъявляются следующие требования:

1) электронное страховое приложение должно обеспечивать авторизованный доступ застрахованного лица к получению услуг в сфере ОМС;

2) электронное страховое приложение должно обеспечивать функции по однократной записи в чип-модуль неизменяемых данных, а также функции по записи в чип-модуль изменяемых (дополняемых) данных;

3) к **неизменяемым данным** отнесены: номер полиса; фамилия, имя, отчество (при наличии); пол; дата рождения; место рождения; СНИЛС (для детей, являющихся гражданами РФ, в возрасте до 14 лет, иностранных граждан и лиц без гражданства - при наличии; однако, как уже указывалось, согласно действующей редакции Правил ОМС электронный полис ОМС иностранным гражданам и лицам без гражданства не выдается); срок действия полиса;

4) к **изменяемым (дополняемым) данным** отнесены: ОГРН страховой медицинской организации; код субъекта РФ, на территории которого застрахован гражданин, по ОКАТО; дата регистрации застрахованного лица в страховой медицинской организации.

Как и бумажный полис ОМС, электронное страховое приложение должно обеспечивать возможность хранения сведений не менее чем о 10 случаях замены застрахованным лицом страховой медицинской организации.

Электронное медицинское приложение обеспечивает хранение информации о застрахованном лице, необходимой для оказания ему медицинской, в том числе экстренной, помощи в соответствии с законодательством РФ.

2.2. Второй признак полиса ОМС связан с тем, что полис ОМС лишь **удостоверяет право застрахованного лица**. Сказанное означает, что отсутствие полиса ОМС у застрахованного лица не лишает его права на получение бесплатной медицинской помощи. Роль полиса - удостоверить право такого лица на получение указанной медицинской помощи. При этом, если в отношении иностранных граждан и лиц без гражданства у медицинских организаций, к которым они обращаются за получением медицинской помощи, могут возникнуть определенные сомнения в наличии права на бесплатную медицинскую помощь в рамках ОМС (поскольку лишь некоторые категории иностранцев и лиц без гражданства обладают таким правом), то соответствующее право гражданина РФ основано на законе, и он обладает им в силу своего гражданства (см. [комментарий к ст. 10](#Par897)).

Данный вывод вытекает в том числе и из ряда актов толкования. Так, в письме Минздрава России от 17 ноября 2016 г. N 17-8/3102029-49381 "Об отказе от полиса обязательного медицинского страхования" указывается, что, несмотря на отказ от полиса ОМС, за застрахованным лицом сохраняется право бесплатного медицинского обслуживания в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы ОМС по всей Российской Федерации.

В письме ФФОМС от 23 мая 2016 г. 4529/91/и "О недопустимости отказа в оказании медицинской помощи новорожденным до оформления полиса обязательного медицинского страхования" сказано также, что до получения полиса ОМС новорожденный должен обслуживаться по полису матери или другого законного представителя.

Таким образом, полис ОМС может лишь подтверждать право застрахованного лица на бесплатное оказание ему медицинской помощи, но не устанавливает такое право.

Указанное не отменяет **обязанности застрахованного лица** в соответствии с ч. 2 ст. 16 комментируемого Закона предъявить полис ОМС при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи. Наличие полиса ОМС у застрахованного лица подтверждает уплату страхователем за него страховых взносов на ОМС. Непредъявление полиса застрахованным лицом (отсутствие у него полиса ОМС) может повлечь неперечисление медицинской организации денежных средств за оказанную ему медицинскую помощь.

Согласно п. п. 142 и 143 Правил ОМС при оказании медицинской помощи лицу, не предъявившему полис в случаях, предусмотренных комментируемым Законом, медицинская организация направляет ходатайство в ТФОМС для идентификации лица в регистре застрахованных лиц по ОМС. Сведения об оказанной медицинской помощи включаются в счет на оплату медицинской помощи после идентификации застрахованного лица.

Указанное между тем не опровергает вывода о правоподтверждающем, а не правоустанавливающем характере полиса ОМС. Об этом свидетельствует и сложившаяся практика - при обращении за медицинской помощью застрахованные лица могут предъявить не оригинал полиса ОМС, а его светокопию.

2.3. Третий признак полиса ОМС, который можно выделить из его легального определения, - это то, что полисом ОМС удостоверяется право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи **в объеме, предусмотренном базовой программой ОМС** (см. [комментарий к ст. 35](#Par2678)). Таким образом, полис ОМС единого образца можно назвать федеральным полисом ОМС, выдача же территориальных полисов ОМС законодательством не предусмотрена.

В то же время наряду с базовой программой ОМС действуют территориальные программы ОМС (см. [комментарий к ст. 36](#Par2774)), в которых полномочия страховщика осуществляют в полном объеме ТФОМС (см. [комментарий к ст. 13](#Par1154)). ТФОМС заключает со страховыми медицинскими организациями, осуществляющими деятельность на территории субъекта РФ, **договоры о финансовом обеспечении ОМС**, в соответствии с которыми страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с условиями, установленными территориальной программой ОМС, за счет целевых средств (ч. 1 ст. 38 комментируемого Закона). В свою очередь, страховые медицинские организации заключают с медицинскими организациями, осуществляющими деятельность на территории субъекта РФ, **договоры на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС**, согласно которым медицинская организация обязуется оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы ОМС, а страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой ОМС (ч. 2 ст. 39 комментируемого Закона). Таким образом, застрахованное лицо обладает правом получить медицинскую помощь бесплатно **в пределах территориальной программы ОМС** на территории того субъекта РФ, в котором ему выдан полис.

Пример. ООО "Центр Диализа Санкт-Петербург" обратилось с иском к ООО "Страховая медицинская компания "РЕСО-Мед" о взыскании задолженности по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС. Поводом к обращению в суд послужило, что ответчик указывал на превышение объема финансовых средств, выделенных для истца на 2013 год, в связи с чем отказался возмещать затраты на медицинскую помощь.

Удовлетворяя требования истца, суды первой и апелляционной инстанций исходили в том числе из того, что в соответствии с положениями ч. 1 ст. 45 комментируемого Закона полис ОМС является документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой программой ОМС. Выдавая застрахованному лицу полис ОМС, ответчик гарантировал ему бесплатное оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС и тем самым принимал на себя обязанности по оплате истцу медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу.

Право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи по ОМС в соответствии со ст. 37 комментируемого Закона реализуется на основании заключенных в его пользу между участниками ОМС договора о финансовом обеспечении ОМС и договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС. Медицинские услуги сверх установленного объема медицинской помощи были оказаны истцом по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, заключенному с ответчиком.

Поскольку медицинская помощь была оказана медицинской организацией гражданам, застрахованным в страховой медицинской организации, по страховым случаям, предусмотренным территориальной программой ОМС, в соответствии с положениями действующего законодательства в сфере ОМС и заключенного договора, суды пришли к выводу об удовлетворении заявленных требований (более подробно см. Постановление Десятого арбитражного апелляционного суда от 18 сентября 2015 г. N 10АП-8948/2015 по делу N А41-29567/15).

Ранее уже приводилась ссылка на письмо Минздрава России от 17 ноября 2016 г. N 17-8/3102029-49381 "Об отказе от полиса обязательного медицинского страхования". В данном акте толкования прямо указывается на сохранение права бесплатного медицинского обслуживания в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, на всей территории РФ, даже при отсутствии полиса ОМС. Такой вывод правомерен еще и потому, что застрахованное лицо является застрахованным (учтенным) даже при отсутствии у него полиса ОМС. Взаимоотношения же ТФОМС между собой определены в ч. 8 ст. 34 комментируемого Закона.

2.4. Последний выделяемый признак полиса ОМС - **всероссийский характер его действия**.

Данный признак означает, что полис ОМС действует на всей территории России, независимо от места его выдачи, то есть применимость полиса не связана с местом учета застрахованного лица. Как было отмечено выше, в пределах территориальной программы ОМС застрахованное лицо может получить медицинскую помощь бесплатно на территории того субъекта РФ, в котором выдан полис; однако на территории всей Российской Федерации по полису ОМС ему должна быть оказана медицинская помощь бесплатно в объеме, предусмотренном базовой программой ОМС.

Взаимоотношения ТФОМС между собой при межтерриториальных расчетах определяются рядом положений раздела X Правил ОМС. В частности, ТФОМС осуществляют расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта РФ, в котором выдан полис, в объеме, установленном базовой программой ОМС, за счет средств нормированного страхового запаса ТФОМС.

Статья 46. Порядок выдачи полиса обязательного медицинского страхования застрахованному лицу

Комментарий к статье 46

1. Комментируемая статья определяет порядок осуществления следующих действий, связанных с оформлением полиса ОМС:

- порядок подачи заявления о выборе страховой медицинской организации (ч. 1 комментируемой статьи);

- порядок выдачи полиса ОМС или временного свидетельства (ч. 2 комментируемой статьи).

Данные действия взаимосвязаны: без подачи заявления о выборе страховой медицинской организации не могут быть выданы полис ОМС или временное свидетельство. Для выбора страховой медицинской организации и получения полиса ОМС комментируемая статья устанавливает **заявительный порядок**. При этом сам порядок определяется Правилами ОМС. Выдача полиса комментируемой нормой связывается с выбором страховой медицинской организации, что также определяется Правилами ОМС.

2. Положения ч. 1 комментируемой статьи, основное содержание которой касается установления заявительного порядка подачи заявления о выборе страховой медицинской организации, раскрываются в Правилах ОМС. Унифицированный образец заявления приведен в приложении N 1 к Методическим указаниям по представлению информации в сфере ОМС.

2.1. **Правом на подачу заявления** о выборе страховой медицинской организации обладают застрахованные лица, достигшие совершеннолетия либо приобретшие дееспособность в полном объеме до достижения совершеннолетия (возможны два способа: вступление в брак при достижении возраста 16 лет (п. 2 ст. 21 ГК РФ) или эмансипация, предусмотренная ст. 27 ГК РФ). Для детей, не приобретших дееспособность в полном объеме, заявления подают их родители или другие законные представители (п. 1 ст. 26 и п. 1 ст. 28 ГК РФ).

Комментируемая статья допускает подачу заявления о выдаче полиса ОМС не только лично застрахованным лицом, но и через **представителей** последнего. Отношения представительства в данной части не имеют какой-либо ярко выраженной специфики и регулируются положениями гл. 10 подраздела 4 раздела 1 ГК РФ. Право застрахованного лица на подачу заявления о выборе страховой медицинской организации лично или через своего представителя также закреплено в п. 2 ч. 2 ст. 16 комментируемого Закона.

Несмотря на то что обращение с заявлением о выборе страховой медицинской организации является правом застрахованного лица, после того как страховая медицинская организация уже выбрана, замена страховой медицинской организации сопряжена с исполнением некоторых обязанностей застрахованных лиц.

**Во-первых**, замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, застрахованное лицо осуществляет путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию **не чаще одного раза в течение календарного года** и **не позднее 1 ноября**. Иное возможно в случае изменения места жительства (исключая переезды в пределах одного субъекта РФ) или прекращения действия договора о финансовом обеспечении, заключенного между страховой медицинской организацией и ТФОМС.

**Во-вторых**, в случае изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, застрахованное лицо осуществляет выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение **одного месяца**. Иной срок установлен при прекращении действия договора о финансовом обеспечении ОМС, в таком случае срок выбора гражданином другой страховой медицинской организации составляет 2 месяца (см. [комментарий к ч. 17 ст. 38](#Par3072)).

2.2. Заявление может быть подано только в те страховые медицинские организации, которые **включены в реестр страховых медицинских организаций**, размещаемый в обязательном порядке ТФОМС на его официальном сайте в сети Интернет, и может дополнительно опубликовываться иными способами. Условия и порядок включения в реестр страховых медицинских организаций определены в ст. 14 настоящего Федерального закона (см. [комментарий к ст. 14](#Par1186)).

2.3. Застрахованное лицо вправе произвести выбор страховой медицинской организации либо ее замену. Правилами ОМС предусмотрен случай, когда выбор страховой медицинской организации (даже без заявления о выдаче полиса и выборе страховой медицинской организации) не нужен - это случай обязательного медицинского страхования детей со дня рождения и до истечения 30 дней со дня государственной регистрации рождения. Оно в силу нормативных требований осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы матери или другие законные представители новорожденных. По истечении 30 дней со дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме ОМС осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его законных представителей (п. 5 Правил ОМС).

Приведенная норма не должна создавать иллюзии того, что если по причине неисполнения своих обязанностей законные представители не зарегистрируют ребенка в системе ОМС после 30 дней с момента государственной регистрации его рождения, то ребенок перестанет быть застрахованным. Согласно п. 5 ст. 10, ч. 2 ст. 11 комментируемого Закона такой ребенок является застрахованным лицом и будет получать полагающуюся медицинскую помощь в рамках ОМС в полном объеме.

2.4. Рассмотрим **порядок подачи заявления**, указанного в ч. 1 комментируемой статьи.

**Во-первых**, застрахованное лицо (его представитель) заполняет заявление **по** **форме**, соответствующей унифицированному образцу, содержащемуся в приложении N 1 к Методическим указаниям по представлению информации в сфере ОМС. В нем должны содержаться:

1) сведения **о застрахованном лице**: фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, СНИЛС, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, контактная информация, категория застрахованного лица. При этом для детей, являющихся гражданами РФ, в возрасте до 14 лет, иностранных граждан и лиц без гражданства СНИЛС указывается при наличии.

В настоящее время (с 1 апреля 2019 г.) страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования не выдается, вместо него выдается документ, подтверждающий регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета и содержащий сведения о СНИЛС (абз. 6 ст. 14 Федерального закона от 1 апреля 1996 г. N 27-ФЗ "Об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования"). При этом свидетельства обязательного пенсионного страхования юридическую силу не теряют и могут использоваться гражданами (ст. 7 Федерального закона от 1 апреля 2019 г. N 48-ФЗ "О внесении изменений в Федеральный закон "Об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования" и отдельные законодательные акты Российской Федерации");

2) сведения **о представителе застрахованного лица** (в том числе законном представителе), если составление и (или) подача заявления будет осуществляться через представителя: фамилия, имя, отчество (при наличии), отношение к застрахованному лицу, данные документа, удостоверяющего личность, контактная информация;

3) **наименование страховой медицинской организации**, выбранной застрахованным лицом (при подаче заявления в страховую медицинскую организацию), либо наименование страховой медицинской организации, в которой лицо застраховано на дату подачи заявления (при подаче заявления в иную организацию);

4) сведения **о полисе ОМС** (бумажный, электронный, отказ от получения полиса);

5) сведения о согласии на индивидуальное информационное сопровождение страховой медицинской организацией на всех этапах оказания медицинской помощи;

6) адрес электронной почты заявителя.

Временно пребывающие на территории Российской Федерации в соответствии с Договором о ЕАЭС граждане государств - членов ЕАЭС: трудящиеся государства - члена ЕАЭС, а также работающие на территории Российской Федерации члены Коллегии Евразийской экономической комиссии, должностные лица, сотрудники органов ЕАЭС, находящихся на территории Российской Федерации, не являющиеся должностными лицами, имеют право на выбор или замену страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, описанном выше. В заявлении при этом указываются:

- фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, СНИЛС;

- серия, номер паспорта иностранного гражданина либо иного документа, установленного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе;

- реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государства - члена ЕАЭС, в том числе дата его подписания и срок действия;

- сведения о месте пребывания с указанием срока пребывания;

- серия и номер документа, подтверждающего отнесение лица к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, находящихся на территории Российской Федерации;

- контактная информация;

- категория застрахованного лица в соответствии с положениями Договора о ЕАЭС о праве отдельных категорий иностранных граждан государств - членов ЕАЭС на обязательное медицинское страхование.

**Во-вторых**, к указанному заявлению прилагаются определенные документы (или их заверенные копии), количество и состав которых зависит от категории застрахованного лица:

1) для **детей после государственной регистрации рождения и до 14 лет, являющихся гражданами РФ**, к заявлению необходимо приложить:

- свидетельство о рождении;

- СНИЛС (при наличии);

2) для **граждан РФ в возрасте 14 лет и старше** к заявлению необходимо приложить:

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

- СНИЛС;

3) для **лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным** **законом** **от 19 февраля 1993 г. N 4528-1 "О беженцах"**, к заявлению необходимо приложить один из следующих документов в зависимости от обстоятельств и статуса обращения:

- удостоверение беженца;

- свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу;

- копию жалобы на решение о лишении статуса беженца в УВМ МВД России с отметкой о ее приеме к рассмотрению;

- свидетельство о предоставлении временного убежища на территории РФ;

4) для **иностранных граждан, постоянно проживающих в РФ**, к заявлению необходимо приложить:

- паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

- вид на жительство;

- СНИЛС (при наличии);

5) для **лиц без гражданства, постоянно проживающих в РФ**, к заявлению необходимо приложить:

- документ, признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

- вид на жительство;

- СНИЛС (при наличии);

6) для **иностранных граждан, временно проживающих в РФ**, к заявлению необходимо приложить:

- паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина, с отметкой о разрешении на временное проживание в РФ;

- СНИЛС (при наличии);

7) для **лиц без гражданства, временно проживающих в РФ**, к заявлению необходимо приложить:

- документ, признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства, с отметкой о разрешении на временное проживание в РФ, либо документ установленной формы, выдаваемый лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность;

- СНИЛС (при наличии);

8) для **представителя застрахованного лица**:

- документ, удостоверяющий личность;

- доверенность на регистрацию в качестве застрахованного лица в выбранной страховой медицинской организации (ст. 185 ГК РФ);

9) для **законного представителя застрахованного лица** - документ, удостоверяющий личность, и (или) документ, подтверждающий полномочия законного представителя;

10) для **лиц, не идентифицированных в период лечения**, медицинской организацией представляется ходатайство об идентификации застрахованного лица (по форме, соответствующей унифицированному образцу, содержащемуся в приложении N 2 к Методическим указаниям по представлению информации в сфере ОМС);

11) для **временно пребывающих в Российской Федерации трудящихся государств - членов ЕАЭС**:

- паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

- СНИЛС;

- трудовой договор трудящегося государства - члена ЕАЭС;

- отрывная часть бланка уведомления о прибытии иностранного гражданина или лица без гражданства в место пребывания или ее копия с указанием места и срока пребывания;

12) **для членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, находящихся на территории Российской Федерации:**

- паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

- СНИЛС;

- документ, подтверждающий отнесение лица к категории должностных лиц, сотрудников органов ЕАЭС.

**В-третьих**, заявление подается (направляется) следующими способами:

1) направляется непосредственно в страховую медицинскую организацию (этот способ единственный для трудящихся государства - члена ЕАЭС, членов коллегии Комиссии ЕАЭС, должностных лиц ЕАЭС, сотрудников органа ЕАЭС);

2) передается с использованием информационно-коммуникационных сетей общего пользования, в том числе сети Интернет, через официальный сайт ТФОМС, при условии прохождения застрахованным лицом или его законным представителем процедуры идентификации и аутентификации:

а) в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 28 ноября 2011 г. N 977 "О федеральной государственной информационной системе "Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронной форме";

б) посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) в электронной форме (для пользователей, имеющих право подачи заявлений в электронной форме) в соответствии с Положением о Федеральной государственной информационной системе "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)", утв. Постановлением Правительства РФ от 24 октября 2011 г. N 861;

3) направляется в иную организацию.

Обращение за получением полиса ОМС в иную, чем страховую медицинскую, организацию возможно только при одновременном соблюдении трех условий:

а) такие организации должны быть надлежаще уполномочены субъектом РФ (п. 6 Правил ОМС);

б) между страховой медицинской организацией и иной организацией заключен договор на оказание данных услуг;

в) при обращении застрахованного лица в такие организации ему может быть оформлен полис ОМС исключительно с указанием страховой медицинской организации, в которой он был застрахован ранее. При этом оформление временного свидетельства такими организациями не производится (п. 44 Правил ОМС).

Следовательно, если лицо ранее не было застраховано в системе ОМС, то оно вправе обращаться за получением полиса ОМС только непосредственно в выбранную им страховую медицинскую организацию.

**В-четвертых**, страховые медицинские организации должны принять поступившее заявление с приложениями и **заверить** подписью представителя страховой медицинской организации (иной организации), уполномоченного руководителем страховой медицинской организации (иной организации) на прием заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации, а также печатью страховой медицинской организации (иной организации) при наличии печати.

**В-пятых**, на основании заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации и прилагаемых документов страховая медицинская организация осуществляет **учет застрахованного лица по ОМС**. Страховые медицинские организации ежедневно обязаны уведомлять соответствующий ТФОМС о поступлении заявлений застрахованных лиц.

**В-шестых,** ТФОМС осуществляет постановку на учет застрахованных лиц в порядке, установленном ч. 3 ст. 43 комментируемого Закона.

**Отдельный порядок и сроки выдачи полиса ОМС** предусмотрены п. 25 Правил ОМС в отношении сведений о застрахованных лицах, **не обратившихся в страховую медицинскую организацию за выдачей им полисов ОМС**, а также не осуществивших замену страховой медицинской организации в случае прекращения договора о финансовом обеспечении ОМС в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии страховой медицинской организации. Сведения о таких лицах направляются ТФОМС в иные страховые медицинские организации, осуществляющие свою деятельность на территории соответствующего субъекта РФ. Такие сведения предоставляются ежемесячно до 10-го числа. ТФОМС распределяет сведения об указанных выше застрахованных лицах пропорционально тому количеству застрахованных, которые уже есть в каждой из таких организаций. Также ТФОМС обязан соблюдать баланс равенства числа работающих и неработающих застрахованных лиц в каждой страховой медицинской организации.

3. Как уже говорилось, в ч. 2 комментируемой статьи ведется речь о **порядке выдачи полиса ОМС или временного свидетельства**. Выдача указанных документов ограничена жесткими сроками и последовательностью действий страховой медицинской организации, ТФОМС и ФФОМС.

Так, общий срок с момента подачи застрахованным лицом заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации до направления ТФОМС заявки в ФФОМС об изготовлении полиса (дубликата полиса) не должен превышать 5 рабочих дней. При этом страховая медицинская организация выдает застрахованному лицу полис в срок, не превышающий срока действия временного свидетельства. Если же обратиться к тексту комментируемой статьи, то по мысли законодателя выдача полиса может производиться и непосредственно в день обращения застрахованного лица.

3.1. Правилами ОМС устанавливается **порядок выдачи полисов ОМС**, характеризующийся совокупностью последовательных действий страховой медицинской организации, ТФОМС и ФФОМС:

1) **действия страховой медицинской организации.** Не позднее 1 рабочего дня, следующего за днем обращения застрахованного лица с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации, страховая медицинская организация передает информацию о застрахованном лице, подавшем заявление, в ТФОМС;

2) **действия ТФОМС.** ТФОМС в течение 3 рабочих дней осуществляет проверку в едином регистре застрахованных лиц. В течение 1 рабочего дня со дня получения сведений из центрального сегмента единого регистра застрахованных лиц ТФОМС направляет результаты проверки в страховую медицинскую организацию.

В случае отсутствия действующего полиса в едином регистре застрахованных лиц территориальный фонд включает сведения о застрахованном лице в заявку на изготовление полисов (дубликатов полисов);

3) **действия страховой медицинской организации.** При выявлении действующего полиса в едином регистре застрахованных лиц страховая медицинская организация в течение 1 рабочего дня со дня получения сведений от ТФОМС из единого регистра застрахованных лиц уведомляет застрахованное лицо об отказе в выдаче ему полиса с указанием мотивов отказа;

4) **действия ТФОМС.** ТФОМС при наличии данных ежедневно формирует в электронном виде заявку, которая подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного работника ТФОМС и направляется в ФФОМС. Заявка должна содержать информацию о форме полиса (бумажный, электронный);

5) **действия ФФОМС.** ФФОМС организует изготовление и доставку полисов ТФОМС в срок, не превышающий 14 рабочих дней со дня поступления заявки от соответствующего ТФОМС;

6) **действия ТФОМС.** ТФОМС информирует страховые медицинские организации в течение двух рабочих дней со дня получения полисов от ФФОМС;

7) **действия страховой медицинской организации.** Страховая медицинская организация информирует застрахованное лицо (в течение 3 рабочих дней) о необходимости получения полиса, а также ТФОМС для размещения информации в личном кабинете Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) о готовности полиса и необходимости его получения (если заявление о выдаче полиса было подано через указанный портал).

Страховая медицинская организация выдает застрахованному лицу полис. Застрахованное лицо должно расписаться в получении полиса в журнале регистрации выдачи полисов. Страховые медицинские организации обязаны ознакомить застрахованных лиц, получающих полис, с Правилами ОМС, базовой программой ОМС, территориальной программой ОМС, перечнем медицинских организаций, участвующих в сфере ОМС в субъекте РФ. Одновременно с полисом застрахованному лицу страховая медицинская организация предоставляет информацию о правах застрахованных лиц в сфере ОМС, о порядке информационного сопровождения на всех этапах оказания им медицинской помощи, контактные телефоны ТФОМС и страховой медицинской организации, выдавшей полис, которая может доводиться до застрахованных лиц в виде памятки.

Нарушение страховой медицинской организацией порядка выдачи полиса ОМС может повлечь применение штрафных санкций со стороны ТФОМС. В частности, по данному вопросу ФФОМС направлено письмо от 20 апреля 2012 г. N 2776/30-2/и "О порядке применения штрафных санкций к страховым медицинским организациям". В нем разъяснено, что при определении степени ответственности страховой медицинской организации за нарушение законодательства об ОМС следует учитывать, что нарушением порядка выдачи полиса ОМС, предусмотренного ст. 46 комментируемого Закона, следует считать несоблюдение страховой медицинской организацией порядка действий по выбору (замене) страховой медицинской организации, оформлению и выдаче временных свидетельств, полисов ОМС, предусмотренных разделом IV Правил ОМС.

Следует обратить внимание, что Правилами ОМС предусмотрена возможность вручения полиса ОМС в месте нахождения застрахованного лица. Между тем законодательством не предусмотрена обязанность страховой медицинской организации по установлению места нахождения застрахованных лиц, как и доставке полисов ОМС по месту нахождения застрахованных лиц.

Пример. ТФОМС Омской области обратился в Арбитражный суд Омской области с иском к ООО "Медицинская страховая компания "АСКО-Забота" о взыскании штрафа по договору. Поводом обращения в арбитражный суд явился отказ ответчика от добровольной оплаты штрафных санкций, выявленных по результатам плановой проверки ТФОМС договорных обязательств: нарушение порядка выдачи полисов ОМС в отношении двух застрахованных лиц и 333 нарушения порядка выдачи полиса ОМС, обусловленных нарушением сроков выдачи полисов ОМС. Суд первой инстанции исковые требования ТФОМС удовлетворил.

Апелляционная инстанция решения суда первой инстанции отменила, в удовлетворении иска ТФОМС отказала, указав, что ст. 46 комментируемого Закона устанавливает обязанность страховой медицинской организации в день подачи заявления о выборе страховой медицинской организации выдать застрахованному лицу или его представителю полис ОМС либо временное свидетельство. При этом согласно п. 61 Правил ОМС <110> выдача полисов осуществляется в предназначенных для этих целей помещениях (пунктах выдачи), организованных на территории субъекта РФ страховыми медицинскими организациями, имеющими лицензию на деятельность по ОМС на территории данного субъекта РФ. Страховые медицинские организации могут организовать выдачу полисов в месте нахождения застрахованного лица. Пунктом 62 Правил ОМС предусмотрено, что для своевременной выдачи полисов страховые медицинские организации обеспечивают достаточное количество пунктов выдачи полисов ОМС, удобный для населения режим работы и максимальное приближение пунктов выдачи к застрахованным лицам. В случае чрезвычайных ситуаций страховая медицинская организация организует мобильные пункты выдачи полисов (п. 63 Правил ОМС).

--------------------------------

<110> В редакции, которая действовала на момент рассмотрения дела, - Приказ Минздравсоцразвития РФ от 28 февраля 2011 г. N 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" (утратил силу).

Ни положениями заключенного договора, ни действующим законодательством, регулирующим отношения в сфере ОМС, не предусмотрена обязанность страховой медицинской организации по установлению места нахождения застрахованных лиц, как и доставке полисов ОМС по месту нахождения застрахованных лиц. Таким образом, из п. 61 Правил ОМС следует лишь право, но не обязанность страховой медицинской организации обеспечить вручение полиса ОМС в месте нахождения застрахованного лица. При этом по общему правилу готовые полисы ОМС выдаются в пунктах выдачи. Наличие таких пунктов выдачи у ООО "МСК "АСКО-Забота" ТФОМС не оспаривалось.

Из пояснений ответчика следует и истцом не опровергнуто, что в установленный срок страховые полисы были изготовлены, однако застрахованные лица за получением полисов ОМС в указанные оборудованные места не явились. Иная причина невыдачи 333 полисов ОМС материалами дела не подтверждена (подробнее см. Постановление Восьмого арбитражного апелляционного суда от 26 октября 2016 г. N 08АП-12028/2016 по делу N А46-7103/2016).

3.2. Полис ОМС выдается гражданам РФ **в бумажной или электронной форме**. Лицам, которые не являются гражданами РФ, но обладают статусом застрахованных лиц в сфере ОМС, выдаются только бумажные полисы ОМС (см. [п. 2.1 комментария к ст. 45](#Par3862)).

3.3. **Временное свидетельство** - это документ, подтверждающий оформление полиса и удостоверяющий право на бесплатное оказание лицу медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая. Временное свидетельство выдается до оформления полиса ОМС (с чем и связано его название). Временное свидетельство действительно до момента получения полиса, но не более 30 рабочих дней с даты его выдачи.

Временное свидетельство заверяется подписью представителя страховой медицинской организации, уполномоченного на осуществление функций по выдаче временного свидетельства, печатью страховой медицинской организации и содержит:

1) наименование страховой медицинской организации с указанием адреса и контактного телефона;

2) фамилию, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица;

3) дату рождения застрахованного лица;

4) место рождения застрахованного лица;

5) пол застрахованного лица;

6) сведения о документе, удостоверяющем личность застрахованного лица, с указанием вида, серии, номера, органа, выдавшего документ, и даты выдачи;

7) номер и дату выдачи временного свидетельства;

8) срок действия временного свидетельства;

9) подпись застрахованного лица;

10) фамилию, имя, отчество (при наличии) представителя страховой медицинской организации, уполномоченного на осуществление функций по выдаче временного свидетельства;

11) подпись представителя страховой медицинской организации, уполномоченного на осуществление функций по выдаче временного свидетельства.

4. Правила ОМС предусматривают порядок **переоформления (замены) полиса ОМС** и выдачи его **дубликата** (п. п. 63 - 67).

**Замена полиса ОМС** производится в случаях:

1) изменения фамилии, имени, отчества застрахованного лица. Если такие случаи имеют место, застрахованные лица обязаны уведомить страховую медицинскую организацию в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли;

2) изменения даты рождения, места рождения застрахованного лица;

3) установления неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе.

Переоформление полиса осуществляется по заявлению застрахованного лица о переоформлении. Переоформление полиса осуществляется при предъявлении документов, подтверждающих произошедшие изменения.

Выдача **дубликата** полиса ОМС осуществляется также по заявлению застрахованного лица в случаях:

1) ветхости и непригодности полиса для дальнейшего использования (утрата частей документа, разрывы, частичное или полное выцветание текста, механическое повреждение пластиковой карты с электронным носителем и другие);

2) утери полиса.

Сведения, которые должны содержаться в заявлении о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса, установлены в п. 64 Правил ОМС. Примерный образец заявления о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса утвержден Методическими указаниями по представлению информации в сфере ОМС (приложение N 3).

Заявление о выдаче дубликата полиса ОМС или переоформлении полиса заполняется застрахованным лицом (или представителем застрахованного лица, законным представителем) и подается в порядке, указанном в п. п. 7 - 8 Правил ОМС (см. [п. 2.4 комментария к ст. 46](#Par3954)).

Заявление о выдаче дубликата полиса ОМС должно быть подписано застрахованным лицом или его представителем, сотрудником страховой медицинской организации (филиала), принявшим заявление, с расшифровкой подписи, указанием даты подписания и скреплено печатью страховой медицинской организации при его получении.

5. **Испорченные, недействительные и невостребованные** полисы и временные свидетельства хранятся в страховой медицинской организации в течение трех лет. По истечении срока хранения они подлежат списанию и уничтожению по решению комиссии, создаваемой приказом страховой медицинской организации, согласованным с ТФОМС, с оформлением акта списания и уничтожения полисов и временных свидетельств, признанных недействительными или невостребованными (п. 74 Правил ОМС).

Примерный образец акта списания и уничтожения полисов обязательного страхования и временных свидетельств, признанных недействительными (или невостребованными), утвержден Методическими указаниями по представлению информации в сфере ОМС (приложение N 4).

Акт списания и уничтожения полисов ОМС и временных свидетельств служит основанием для отражения в бухгалтерском учете выбытия указанных объектов учета. Акт оформляется в трех экземплярах: один экземпляр передается в ТФОМС, один - в бухгалтерию страховой медицинской организации (филиала), один остается у материально ответственного лица страховой медицинской организации (филиала).

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

Комментарий к статье 47

1. Комментируемая статья касается двух видов **взаимодействия медицинских организаций при ведении персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам**: с ТФОМС и страховой медицинской организацией. При этом отношения между указанными субъектами значительно различаются: между медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями складываются договорные отношения на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, а между медицинскими организациями и ТФОМС отношения основываются на положениях комментируемого Закона.

Часть 1 ст. 43 комментируемого Закона определяет **персонифицированный учет в сфере ОМС** как организацию и ведение учета сведений о каждом застрахованном лице в целях реализации прав граждан на бесплатное оказание медицинской помощи в рамках программ ОМС.

2. В соответствии с ч. 1 комментируемой статьи медицинские организации **обязаны предоставлять в ТФОМС и страховую медицинскую организацию**, которая выдала полис ОМС застрахованному лицу, следующие **сведения об оказанной такому лицу медицинской помощи**:

- номер полиса ОМС застрахованного лица;

- сведения о медицинской организации, оказавшей медицинские услуги;

- виды оказанной медицинской помощи;

- условия оказания медицинской помощи;

- формы оказания медицинской помощи;

- сроки оказания медицинской помощи;

- объемы оказанной медицинской помощи;

- стоимость оказанной медицинской помощи;

- диагноз;

- профиль оказания медицинской помощи;

- сведения о медицинских услугах, оказанных застрахованному лицу, и о примененных лекарственных препаратах;

- примененные стандарты медицинской помощи;

- сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинские услуги;

- результат обращения за медицинской помощью.

Перечисленные сведения позволяют ТФОМС и страховой медицинской организации оценить в дальнейшем в порядке, предусмотренном ст. 40 настоящего Федерального закона (см. [комментарий к ст. 40](#Par3224)), правильность, качество и объем оказанной медицинской помощи.

3. Порядок предоставления сведений, указанных выше, определяется на основании Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 25 января 2011 г. N 29н, утвердившего Порядок ведения персонифицированного учета в сфере ОМС.

Сам Порядок ведения персонифицированного учета в сфере ОМС состоит из двух смысловых частей:

1) часть, относящаяся к организации и ведению единого регистра застрахованных лиц. При этом данная часть также состоит из двух разделов: один относится к ведению регионального сегмента единого реестра застрахованных лиц, а второй - к центральному сегменту единого реестра застрахованных (отдельные аспекты данных правоотношений регулируются в различных статьях комментируемого Закона - ст. ст. 43, 44, 49);

2) часть, относящаяся к ведению персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам (данные вопросы регулирует комментируемая статья и ст. 48 настоящего Федерального закона).

Обмен данными между субъектами персонифицированного учета в части передачи сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, осуществляется **в электронной форме** по выделенным или открытым каналам связи, включая сеть Интернет, с использованием электронной подписи в соответствии с установленными законодательством РФ требованиями по защите персональных данных.

**Порядок предоставления сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам**, состоит из 5 этапов.

**На первом этапе** медицинские организации предоставляют сведения о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в ТФОМС.

**На втором этапе** ТФОМС в течение 2 рабочих дней на основании регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц осуществляет автоматизированную обработку полученных от медицинских организаций сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам. На данном этапе производится:

1) идентификация застрахованного лица по региональному сегменту единого регистра застрахованных лиц, определение страховой медицинской организации, ответственной за оплату счета;

2) выявление застрахованных лиц, которым оказана медицинская помощь вне территории страхования, и определение их территории страхования. В случае затруднений в определении территории страхования лица, которому была оказана медицинская помощь вне территории страхования, ТФОМС формирует электронный запрос в центральный сегмент единого регистра застрахованных лиц (ведется ФФОМС), где в течение 5 рабочих дней осуществляется проверка и формируется ответ с указанием выявленной территории страхования и действующего номера полиса застрахованного лица.

**Территория страхования** в данном случае понимается как субъект РФ, в котором выдан полис ОМС и действует ТФОМС, заключивший договор о финансовом обеспечении ОМС со страховой медицинской организацией, выдавшей соответствующий полис (см. [комментарий к ст. ст. 45](#Par3853), [46](#Par3939));

3) направление в электронном виде результатов указанных действий в медицинскую организацию, оказавшую медицинскую помощь застрахованным лицам.

**На третьем этапе** медицинская организация представляет полученные от ТФОМС результаты в страховые медицинские организации в объеме и сроки, установленные договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС. Данное положение полностью воспроизведено в ч. 2 комментируемой статьи.

**На четвертом этапе (этапе контроля)** страховая медицинская организация осуществляет проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (см. [комментарий к ст. 40](#Par3224)).

**На пятом этапе (этапе обратной связи)** страховая медицинская организация полученную информацию передает в медицинские организации и ТФОМС.

4. Части 3 и 6 комментируемой статьи устанавливают требования к **хранению копий документов страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями**. В соответствии с положениями, содержащимися в данных нормах, они распространяются на хранение документов, содержащих сведения, указанные в п. п. 1 - 13 ч. 4 ст. 44 комментируемого Закона, само хранение документов осуществляется на бумажных и электронных носителях, организация хранения подчиняется требованиям правил организации государственного архивного дела.

В соответствии с положениями ст. 13 Федерального закона от 22 октября 2004 г. N 125-ФЗ "Об архивном деле в Российской Федерации" государственные органы, органы местного самоуправления муниципального района, городского округа и внутригородского района обязаны создавать архивы для хранения, комплектования, учета и использования образовавшихся в процессе их деятельности архивных документов, а организации и граждане вправе создавать архивы в целях хранения образовавшихся в процессе их деятельности архивных документов, в том числе в целях хранения и использования архивных документов, не относящихся к государственной или муниципальной собственности.

Соответственно, страховые медицинские организации и медицинские организации могут либо передавать в архивы копии документов, связанных с ведением персонифицированного учета, либо хранить копии указанных документов сами. При этом организация хранения копий документов будет зависеть от того, к какой части Порядка ведения персонифицированного учета в сфере ОМС относится копия документа: к части, касающейся организации и ведения единого регистра застрахованных лиц, или к части, относящейся к ведению персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам. В первом случае организация хранения зависит от формы документов: такие документы могут иметь бумажную или электронную форму. Во втором случае такие документы имеют только электронную форму, и хранение их копий означает архивирование этих документов (массива данных).

Перечень типовых управленческих архивных документов, образующихся в процессе деятельности государственных органов, органов местного самоуправления и организаций, с указанием сроков хранения утвержден Приказом Минкультуры России от 25 августа 2010 г. N 558.

5. Часть 4 комментируемой статьи направлена на регулирование отношений, связанных с **защитой персональных данных застрахованных лиц**. В соответствии со ст. 44 комментируемого Закона сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи относятся к информации ограниченного доступа и подлежат защите в соответствии с законодательством РФ.

Правовое регулирование отношений в данной сфере осуществляется на основании ФЗ "О персональных данных". В соответствии с положениями ст. 7 указанного Закона операторы и иные лица, получившие доступ к персональным данным, обязаны не раскрывать третьим лицам и не распространять персональные данные без согласия субъекта персональных данных, если иное не предусмотрено федеральным законом. Согласно ст. 6 этого же Закона согласие застрахованных лиц на обработку персональных данных не требуется.

6. В ч. 5 комментируемой статьи содержатся положения, устанавливающие действия, которые должны совершить страховые медицинские организации в отношении копий документов, указанных в п. п. 1 - 13 ч. 4 ст. 44 комментируемого Закона и перечисленных в [п. 1 комментария к настоящей статье](#Par4083), **после истечения срока хранения**.

Данные копии подлежат **уничтожению** в соответствии с законодательством РФ на основании акта об их уничтожении, утверждаемого руководителем страховой медицинской организации.

Согласно Основным правилам работы архивов организаций (одобрены решением Коллегии Росархива от 6 февраля 2002 г.) отбор документов на уничтожение и составление на них акта производятся после подготовки описей дел постоянного и временного (свыше 10 лет) хранения за этот период.

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

Комментарий к статье 48

1. Часть 1 комментируемой статьи устанавливает **обязанность страховых медицинских организаций предоставлять сведения в ТФОМС**. При этом указанные данные, связанные с персонифицированным учетом застрахованных лиц (см. [комментарий к ст. 44](#Par3765)), страховые медицинские организации предварительно получают от медицинских организаций. Между тем от медицинских организаций страховые медицинские организации получают лишь сведения, указанные в п. п. 1 - 13 ч. 4 ст. 44 комментируемого Закона. Сведения, указанные в п. 14 ч. 4 ст. 44, связаны с деятельностью самой страховой медицинской организации (результаты проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи).

2. Как уже говорилось ранее, порядок предоставления сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, предусмотренный Порядком ведения персонифицированного учета в сфере ОМС, состоит из 5 этапов. Часть 1 комментируемой статьи относится к пятому из этапов - этапу обратной связи, на котором страховая медицинская организация передает полученную от медицинской организации информацию в медицинские организации и ТФОМС (подробнее см. [комментарий к ст. 47](#Par4081)).

3. В ч. 2 комментируемой статьи содержится норма, устанавливающая, что объем и сроки сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, определяются **на основании договора о финансовом обеспечении ОМС**, который заключается между страховой медицинской организацией и ТФОМС (см. [комментарий к ст. 38](#Par2923)). Таким образом, устанавливается диспозитивность в регулировании данных отношений. Однако комментируемой нормой сделана оговорка, что сроки в договоре о финансовом обеспечении ОМС не должны быть дольше, чем 20-е число месяца, следующего за отчетным. Данная норма корреспондирует с п. 9 ч. 2 ст. 38 комментируемого Закона и связана с контролем ТФОМС за использованием средств ОМС, выделяемых страховой медицинской организации.

4. В соответствии с ч. 3 комментируемой статьи ТФОМС ведут персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, на основании сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, переданных им медицинскими организациями, а также полученных по результатам проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Полный перечень таких сведений приведен в ч. 4 ст. 44 комментируемого Закона.

Как ранее уже говорилось, Порядок ведения персонифицированного учета в сфере ОМС состоит из двух смысловых частей: части, относящейся к организации и ведению единого регистра застрахованных лиц, и части, относящейся к ведению персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам. Указанная вторая часть Порядка ведения персонифицированного учета в сфере ОМС определяет порядок взаимодействия страховых медицинских организаций, медицинских организаций и ТФОМС между собой. При этом, анализируя ч. 1 ст. 47 и ч. 1 ст. 48 комментируемого Закона, положения Порядка ведения персонифицированного учета в сфере ОМС, следует сделать вывод, что ни один из указанных участников ОМС не играет какой-либо центральной либо связующей роли в отношениях, связанных с учетом сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам.

Необходимо еще раз отметить: ч. 3 комментируемой статьи не касается организации и ведения единого регистра застрахованных лиц. Данному аспекту Порядка ведения персонифицированного учета в сфере ОМС посвящены ст. ст. 43, 44 и 49 комментируемого Закона (см. [комментарий к указанным статьям](#Par3697)).

5. Часть 4 комментируемой статьи является одной из самых коротких в комментируемом Законе. Она носит программный характер и определяет, что ведение персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в ТФОМС осуществляется **в электронном виде** (см. [комментарий к ст. 47](#Par4081)). Примечательно, что в прежней редакции комментируемой статьи предусматривалась возможность ведения подобного рода учета и в бумажном виде (до 3 декабря 2012 г.) <111>, причем при несоответствии сведений между бумажным и электронным носителем приоритет отдавался бумажным носителям.

--------------------------------

<111> Изменения внесены Федеральным законом от 1 декабря 2012 г. N 213-ФЗ "О внесении изменений в Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

6. В ч. 5 комментируемой статьи содержатся положения, касающиеся **хранения сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в ТФОМС**.

Соответственно, ТФОМС могут либо передавать копии документов, связанных с ведением персонифицированного учета, в архивы, созданные надлежащим образом, либо хранить копии указанных документов самостоятельно (см. [п. 4 комментария к ст. 47](#Par4116)). При этом организация хранения копий документов будет зависеть от того, к какому периоду относятся эти документы: до 3 декабря 2012 г. или после. В случае если документы, связанные со сведениями о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, были оформлены до 3 декабря 2012 г., такие документы могут иметь бумажную или электронную форму. Если же такие документы оформляются после указанной даты, то они могут иметь только электронную форму, соответственно, хранение копий таких документов означает архивирование этих документов (массива данных).

Статья 49. Информационное взаимодействие при ведении персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах

Комментарий к статье 49

1. Комментируемая статья посвящена вопросам информационного взаимодействия в сфере ОМС между определенными в ней субъектами. Указанное взаимодействие, регламентированное в разных частях статьи, не является взаимосвязанным, однако подчинено общей цели - **ведению персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах в сфере ОМС**. Именно для уточнения общей цели и ее достижения введена ч. 1 комментируемой статьи, которая связывает остальные части ст. 49 комментируемого Закона. Согласно этой норме в целях персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах ФФОМС осуществляет информационное взаимодействие с ФНС России, территориальными фондами и иными организациями в соответствии с комментируемым Законом. Территориальные фонды осуществляют информационное взаимодействие со страхователями для неработающих граждан, налоговыми органами, органами записи актов гражданского состояния, медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями и иными организациями в соответствии с настоящим Федеральным законом.

Таким образом, в комментируемой части введено два уровня взаимодействия: уровень ФФОМС и уровень ТФОМС, на каждом из которых определены разные составы субъектов информационного взаимодействия с разными задачами для каждого из них.

**На уровне ФФОМС** фонд взаимодействует с ФНС России (см. [п. 2 комментария к настоящей статье](#Par4159)) и иными организациями, к которым можно отнести ТФОМС субъектов РФ, налоговые органы субъектов, Пенсионный фонд РФ и др.

**На уровне ТФОМС** перечень субъектов взаимодействия определен более подробно. К субъектам информационного взаимодействия отнесены:

- ТФОМС субъекта РФ;

- страхователи для неработающих граждан (см. [комментарий к статье 11](#Par1008));

- налоговые органы (см. [п. 2 комментария к настоящей статье](#Par4159));

- органы ЗАГС;

- медицинские организации;

- страховые медицинские организации;

- иные организации, к которым можно отнести, например, отделения ПФР и т.д.

Более подробно технико-правовые основы взаимодействия раскрываются в ч. 3 комментируемой статьи.

2. В ч. 2 комментируемой статьи устанавливается обязанность **налоговых органов** предоставлять в соответствующие ТФОМС **сведения о работающих застрахованных лицах**. **Срок предоставления указанных сведений** - ежеквартально не позднее 15-го числа месяца, следующего за отчетным (то есть не позднее соответственно 15 февраля, 15 мая, 15 августа, 15 ноября).

Также устанавливается предоставляемый перечень сведений о таких лицах. Содержание сведений установлено в п. п. 1 - 10 и 14 ч. 2 ст. 44 комментируемого Закона:

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);

11) статус застрахованного лица (работающий, неработающий).

Из комментируемой части статьи видно, что информационное взаимодействие осуществляется не непосредственно между страхователями для работающих граждан и ТФОМС, а между лицами, являющимися администраторами страховых взносов на ОМС.

Налоговые органы определяются в Законе РФ от 21 марта 1991 г. N 943-1 "О налоговых органах Российской Федерации", согласно ст. 1 которого **налоговые органы РФ** - единая централизованная система контроля за соблюдением законодательства о налогах и сборах, за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты (перечисления) в бюджетную систему РФ налогов, сборов и страховых взносов, соответствующих пеней, штрафов, процентов, а в случаях, предусмотренных законодательством РФ, - за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты (перечисления) в бюджетную систему Российской Федерации иных обязательных платежей, установленных законодательством Российской Федерации. Аналогичное понятие налоговых органов дается в п. 1 ст. 30 НК РФ.

Налоговыми органами в соответствии с п. 1 Положения о федеральной налоговой службе, утв. Постановлением Правительства РФ от 30 сентября 2004 г. N 506, признаются **ФНС и ее территориальные подразделения** - инспекции ФНС и управления ФНС по субъектам РФ.

В силу принятия и вступления в силу Федерального закона от 3 июля 2016 г. N 243-ФЗ и Федерального закона от 3 июля 2016 г. N 250-ФЗ налоговые органы в настоящее время являются администраторами страховых взносов.

3. Частью 3 комментируемой статьи определяется, что **обмен информацией между ТФОМС и налоговыми органами** (инспекциями ФНС России) **осуществляется в электронном виде**, а порядок такого информационного взаимодействия устанавливается соглашением об информационном обмене, утверждаемым ФФОМС и ФНС России.

Само взаимодействие осуществляется посредством использования единой системы межведомственного электронного взаимодействия (СМЭВ) и подключаемых к ней региональных систем межведомственного электронного взаимодействия.

В 2016 г. был составлен план-график мероприятий ("дорожная карта") по передаче полномочий по администрированию страховых взносов на обязательное медицинское страхование налоговым органам (утвержден ФНС России N ММВ-23-11/14@, ФФОМС N 6038/91/3199 от 28 июля 2016 г.). Согласно данному плану-графику было предусмотрено подписание Соглашения по взаимодействию между Федеральной налоговой службой и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (с определением перечня передаваемых сведений, состава реквизитов, объема сведений, сроков обмена) и Протокола информационного взаимодействия между ФНС России и ФФОМС (с определением форматов передаваемых и получаемых сведений). Также была определена необходимость разработки форматов информационного взаимодействия.

В указанном плане-графике срок для подписания Соглашения, Протокола, посвященных информационному взаимодействию между ФНС и ФФОМС, был установлен на осень 2016 г. Однако сроки исполнения плана-графика были нарушены, и на настоящий момент указанные документы не подписаны.

Сказанное означает, что продолжает действовать Соглашение по информационному взаимодействию между Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и Федеральной налоговой службой, утв. ФФОМС N 4259/20-1, ФНС РФ N САЭ-27-05/5 от 6 сентября 2005 г.

Несмотря на то что предметом названного Соглашения указаны взаимный обмен информацией, необходимой для исчисления и уплаты единого социального налога в части сумм, зачисляемых в фонды ОМС, а также взаимодействие по выявлению фактов нарушения законодательства, фактически по условиям данного Соглашения возможна передача иной информации.

В соответствии с указанным Соглашением между ФФОМС и ФНС осуществляется взаимный обмен информацией с соблюдением требований законодательства о защите информации и налоговой тайне, для чего используются средства криптозащиты. Для реализации обмена информацией в электронном виде подписывается Протокол информационного обмена между сторонами, включающий порядок, регламент, периодичность, состав, структуру и форматы информации, передаваемой в соответствии с Соглашением.

4. Частью 4 комментируемой статьи устанавливается срок в **15 рабочих дней**, в течение которых **ТФОМС** при получении сведений о застрахованном лице от налоговых органов или от страхователей неработающих граждан **вносит такие сведения в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц**.

5. Частью 5 комментируемой статьи определяется, что соответствующий ТФОМС ежеквартально не позднее 15-го числа месяца, следующего за отчетным (то есть не позднее соответственно 15 февраля, 15 мая, 15 августа, 15 ноября), предоставляет **страхователю для неработающих граждан сведения о неработающих застрахованных лицах**. Состав сведений установлен п. п. 1 - 10 и 14 ч. 2 ст. 44 комментируемого Закона и совпадает с объемом сведений, предоставляемых налоговыми органами в ТФОМС соответствующего субъекта РФ.

Частью 2 ст. 11 комментируемого Закона указывается, что страхователями для неработающих граждан являются органы исполнительной власти субъектов РФ, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов РФ, иные организации, определенные Правительством РФ (более подробно см. [комментарий к ст. 11](#Par1012)).

Интересно, что неработающие застрахованные лица в комментируемой части определяются путем исключения из числа работающих: застрахованные лица, сведения о которых не предоставлены в соответствии с ч. 2 комментируемой статьи, для целей ведения персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах учитываются ТФОМС как неработающие застрахованные лица.

6. В ч. 6 комментируемой статьи определяется **обязанность МВД России** предоставлять в ФФОМС сведения о лицах, состав которых определен этой же нормой:

1) о лицах, гражданство Российской Федерации которых прекращено;

2) об иностранных гражданах, лицах без гражданства, в отношении которых аннулирован вид на жительство в соответствии с Федеральным законом от 25 июля 2002 г. N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации";

3) об иностранных гражданах, лицах без гражданства, в отношении которых аннулировано разрешение на временное проживание в соответствии с Федеральным законом от 25 июля 2002 г. N 115-ФЗ;

4) о лицах, признанных беженцами на территории Российской Федерации, при утрате ими статуса беженца или лишении их статуса беженца в соответствии с ФЗ "О беженцах".

Состав сведений, предоставляемых МВД России в ФФОМС, определяется п. п. 1 и 6 ч. 2 ст. 44 комментируемого Закона:

1) фамилия, имя, отчество;

2) данные документа, удостоверяющего личность.

**Срок предоставления указанных сведений** - ежеквартально не позднее 15-го числа месяца, следующего за отчетным (то есть не позднее соответственно 15 февраля, 15 мая, 15 августа, 15 ноября).

7. Частью 7 комментируемой статьи определяется, что взаимодействие между МВД России и ФФОМС осуществляется в электронном виде в соответствии с соглашением об информационном обмене, заключаемым между ФФОМС и МВД России, посредством использования единой системы межведомственного электронного взаимодействия (СМЭВ).

До настоящего времени такое соглашение еще не заключено, на что обращается внимание в том числе Счетной палатой Российской Федерации (п. 9.2 Заключения Счетной палаты РФ от 11 октября 2019 г. N ЗКМ-110/12-03 "На проект федерального закона "О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов").

8. Частью 8 комментируемой статьи закрепляется порядок взаимодействия ТФОМС субъектов РФ с **военными комиссариатами**. Последние ежеквартально не позднее 15-го числа месяца, следующего за отчетным (то есть не позднее соответственно 15 февраля, 15 мая, 15 августа, 15 ноября), передают сведения о призванных на военную службу гражданах и информацию о начале, сроке и окончании военной службы.

Состав сведений, предоставляемых военными комиссариатами в ТФОМС субъектов РФ, определяется п. п. 1 и 6 ч. 2 ст. 44 комментируемого Закона, в него входят:

1) фамилия, имя, отчество;

2) данные документа, удостоверяющего личность.

Комментируемая часть введена в Закон в связи с требованиями ст. 49.1 комментируемого закона (см. [комментарий к ст. 49.1](#Par4206)).

Статья 49.1. Приостановление действия полиса обязательного медицинского страхования, признание полиса обязательного медицинского страхования недействительным

Комментарий к статье 49.1

1. Комментируемая статья регулирует отношения, связанные с **приостановлением и признанием недействительным полиса ОМС**. Статьей устанавливаются основания и порядок приостановления и признания недействительным полиса, сопутствующие действия застрахованных лиц, а также ФФОМС, ТФОМС и иных организаций.

Отношения по приостановлению действия полиса ОМС урегулированы в ч. 1, 3 - 5 комментируемой статьи. Отношения по признанию недействительным полиса ОМС урегулированы в ч. 2 комментируемой статьи. Часть 6 комментируемой статьи является общей для рассматриваемых порядков.

Помимо комментируемой нормы, вопросы приостановления и признания недействительным полиса ОМС регулируются в Правилах ОМС, а также некоторых подзаконных актах, например в Приказе Минздравсоцразвития РФ от 25 января 2011 г. N 29н "Об утверждении порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования".

2. **Приостановление действия полиса ОМС.**

2.1. В ч. 1 комментируемой статьи определяется, что действие полиса ОМС приостанавливается **в случае призыва (поступления) на военную службу** или приравненную к ней службу на срок прохождения застрахованным лицом указанной службы.

Согласно п. 1 ст. 2 Федерального закона от 28 марта 1998 г. N 53-ФЗ "О воинской обязанности и военной службе" **военная служба** - особый вид федеральной государственной службы, исполняемой гражданами, не имеющими гражданства (подданства) иностранного государства, в Вооруженных Силах РФ и в войсках национальной гвардии РФ, в спасательных воинских формированиях федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на решение задач в области гражданской обороны, Службе внешней разведки РФ, органах федеральной службы безопасности, органах государственной охраны, органах военной прокуратуры, военных следственных органах Следственного комитета РФ и федеральном органе обеспечения мобилизационной подготовки органов государственной власти РФ, воинских подразделениях федеральной противопожарной службы и создаваемых на военное время специальных формированиях, а гражданами, имеющими гражданство (подданство) иностранного государства, и иностранными гражданами - в Вооруженных Силах РФ и воинских формированиях.

**Призыв на военную службу** - это прохождение военной службы в порядке и на основаниях, которые установлены разделом IV Федерального закона от 28 марта 1998 г. N 53-ФЗ.

**Поступление на военную службу** - это прохождение военной службы по контракту, а также поступление граждан в военные профессиональные образовательные организации и военные образовательные организации высшего образования, с которыми заключены соответствующие контракты, в порядке и на основаниях, которые установлены разделом V Федерального закона от 28 марта 1998 г. N 53-ФЗ "О воинской обязанности и военной службе".

Срок прохождения военной службы закрепляется ст. 38 Федерального закона от 28 марта 1998 г. N 53-ФЗ.

2.2. В ч. 3 комментируемой статьи предусматривается норма, согласно которой граждане Российской Федерации, поступившие на военную службу, **обязаны сдать полис ОМС или сообщить о его утрате** путем подачи соответствующего заявления в любую страховую медицинскую организацию или любой ТФОМС лично или через своего представителя.

Правилами ОМС данные положения конкретизированы в части определения порядка действий ТФОМС и страховых медицинских организаций после получения заявления об утрате полиса или в случае его сдачи.

**При подаче заявления через ТФОМС** заявление о сдаче (утрате) полиса подается в письменной форме и должно содержать следующие сведения (п. 26 Правил ОМС):

1) о застрахованном лице:

- фамилию, имя, отчество (при наличии);

- пол;

- дату рождения;

- место рождения;

- гражданство;

- СНИЛС;

- данные документа, удостоверяющего личность;

- контактную информацию;

2) о представителе застрахованного лица:

- фамилию, имя, отчество (при наличии);

- отношение к застрахованному лицу;

- данные документа, удостоверяющего личность;

- контактную информацию;

3) номер полиса (указывается только при сдаче полиса).

Одновременно с заявлением о сдаче (утрате) полиса **предъявляются следующие документы**:

а) документ, удостоверяющий личность (паспорт гражданина Российской Федерации, временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта);

б) СНИЛС;

в) полис (представляется только при сдаче полиса).

ТФОМС приостанавливает действие полиса лиц, застрахованных в субъекте РФ, со дня получения им сведений, указанных в заявлении, и обеспечивает отражение данных сведений в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц.

**При подаче заявления через страховую медицинскую организацию** организация, принявшая от застрахованного лица, указанного в ч. 1 комментируемой статьи (за исключением граждан, проходящих военную службу по призыву), заявление о сдаче (утрате) полиса (п. 26 Правил ОМС), не позднее одного рабочего дня, следующего за днем обращения застрахованного лица с таким заявлением, передает сведения о застрахованном лице, указанные в заявлении, в ТФОМС.

ТФОМС приостанавливает действие полиса лиц, застрахованных в субъекте РФ, со дня получения им сведений, указанных в заявлении, и обеспечивает отражение данных сведений в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц.

**Существует и иной путь получения ТФОМС информации о лицах, поступивших на военную службу**: ТФОМС приостанавливает действие полиса лиц, застрахованных в субъекте РФ, на указанный военными комиссариатами срок военной службы (см. [комментарий к ч. 8 ст. 49](#Par4198)) со дня получения данных сведений ТФОМС и обеспечивает отражение сведений о военной службе соответствующих лиц (фамилия, имя, отчество; данные документа, удостоверяющего личность, информация о начале, окончании и сроке военной службы) в едином регистре застрахованных лиц в соответствии с Порядком ведения персонифицированного учета в сфере ОМС.

Порядок ведения персонифицированного учета определен Приказом Минздравсоцразвития РФ от 25 января 2011 г. N 29н "Об утверждении порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования", а также положениями комментируемого Закона (см. [комментарий к ст. 43](#Par3697)).

Необходимо отметить **недостатки правового регулирования статуса лиц, приравненных к военнослужащим**, которые сказываются и на реализации права таких граждан на ОМС:

- во-первых, не существует легального определения таких лиц;

- во-вторых, приравнивание различных лиц к военнослужащим (или отнесение их к лицам, занимающим должности службы, приравненной к военной) различается в зависимости от целей такого приравнивания, например, для целей пенсионного обеспечения или для целей оказания медицинской помощи;

- в-третьих, отсутствует единый перечень лиц или должностей, приравненных к воинским.

Сказанное влечет на практике путаницу и ошибки граждан.

Пример. В одном из дел Судебная коллегия по гражданским делам Санкт-Петербургского городского суда оставила без изменения решение Петроградского районного суда Санкт-Петербурга, вынесенное по иску Л. к обществу с ограниченной ответственностью, ФФОМС, ТФОМС Санкт-Петербурга о признании незаконным решения, признании застрахованным лицом, обязании осуществлять страховое обеспечение, признании права на получение полиса.

По обстоятельствам дела Л. служила в органах внутренних дел, кроме того, осуществляла преподавательскую деятельность на основании трудовых договоров по совместительству. Полис ОМС, выданный Л. как сотруднику МВД, был ею сдан, но как доцент университета Л. снова обратилась за полисом ОМС. При обращении к ответчикам в письменном виде истцу был дан ответ, что истец как лицо, приравненное в организации оказания медицинской помощи к военнослужащим, не имеет права получать медицинскую помощь по полису ОМС.

Отказывая в иске, суды исходили из следующего: истец остается в статусе сотрудника органов внутренних дел РФ, поэтому не является лицом, подлежащим обязательному медицинскому страхованию, поскольку медицинская помощь Л. оказывается бесплатно за счет средств, выделяемых из федерального бюджета Министерства внутренних дел РФ. Также коллегия по гражданским делам Санкт-Петербургского городского суда указала, что в силу подп. "ж" п. 5 ч. 1 ст. 10 комментируемого Закона военнослужащие и приравненные к ним в медицинском обеспечении лица не являются застрахованными лицами.

Право военнослужащих и приравненных к ним в организации оказания медицинской помощи лиц, в том числе членов семей, на получение бесплатной медицинской помощи реализуется в соответствии с действующими нормативными правовыми актами, в том числе Федеральным законом от 27 мая 1998 г. N 76-ФЗ "О статусе военнослужащих", Постановлениями Правительства РФ от 31 декабря 2004 г. N 911 и от 15 декабря 2018 г. N 1563.

Суд правомерно отметил, что в силу ст. 49.1 комментируемого Закона действие полиса ОМС в случае поступления гражданина на военную службу или приравненную к ней службу приостанавливается на срок прохождения застрахованным лицом указанной службы (ч. 1 указанной статьи), такие граждане обязаны сдать полис ОМС или сообщить о его утрате путем подачи соответствующего заявления в любую страховую медицинскую организацию или любой ТФОМС лично или через своего представителя.

Исключений из данной нормы для военнослужащих и приравненных к ним в организации оказания медицинской помощи лиц, в том числе совмещающих службу с работой по совместительству в гражданских организациях и учреждениях, не предусмотрено.

Законодательством не предусмотрен "смешанный статус" лица, являющегося военнослужащим (приравненным к ним) и одновременно лицом, имеющим полис ОМС (см. Апелляционное определение Санкт-Петербургского городского суда от 12 ноября 2019 г. N 33-27465/2019 по делу N 2-2170/2019).

Обратим особое внимание, что указанные обязанности по сдаче полиса и (или) подаче заявления об утрате **не распространяются на лиц, проходящих военную службу по призыву**.

2.3. Согласно ч. 4 комментируемой статьи федеральные государственные органы, перечень которых утверждается Правительством РФ (распоряжение Правительства РФ от 28 сентября 2018 г. N 2066-р "Об утверждении перечня федеральных государственных органов, которые обязаны осуществлять контроль за выполнением требований, установленных частью 3 статьи 49.1 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"), обязаны осуществлять контроль за выполнением требований, установленных ч. 3 комментируемой статьи.

В перечне органов указаны Минобороны РФ, МВД России, МЧС России, Федеральная служба безопасности, Федеральная служба исполнения наказаний, Федеральная служба охраны, Федеральная таможенная служба, Росгвардия, Служба внешней разведки, Государственная фельдъегерская служба РФ и Главное управление специальных программ Президента РФ.

2.4. Согласно ч. 5 комментируемой статьи контроль за выполнением требований, установленных ч. 3, осуществляется в рамках информационного взаимодействия посредством **предоставления ФФОМС указанным выше федеральным государственным органам доступа к единому регистру застрахованных лиц** в порядке, установленном Правительством РФ. При этом должны выполняться три условия:

1) соблюдение требований законодательства РФ о защите государственной тайны;

2) использование единой системы межведомственного электронного взаимодействия путем направления межведомственных запросов о предоставлении сведений о конкретном застрахованном лице, содержащихся в едином регистре застрахованных лиц;

3) запрет на предоставление в рамках такого информационного взаимодействия персональных данных застрахованных лиц из единого регистра застрахованных лиц.

Порядок предоставления сведений осуществляется в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 22 декабря 2018 г. N 1637 "Об утверждении Правил предоставления федеральным государственным органам, осуществляющим контроль за выполнением требований, установленных частью 3 статьи 49.1 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", доступа к единому регистру застрахованных лиц".

3. **Признание полиса ОМС недействительным.**

В ч. 2 комментируемой статьи указывается, что полис ОМС признается недействительным в случае:

1) прекращения гражданства Российской Федерации при отсутствии оснований для признания лица застрахованным лицом в соответствии с ч. 1 ст. 10 комментируемого Закона - со дня поступления в ФФОМС от МВД России сведений в соответствии с п. 1 ч. 6 ст. 49 комментируемого Закона;

2) аннулирования вида на жительство в отношении иностранных граждан, лиц без гражданства - со дня поступления в ФФОМС от МВД России сведений в соответствии с п. 2 ч. 6 ст. 49 комментируемого Закона;

3) аннулирования разрешения на временное проживание в отношении иностранных граждан, лиц без гражданства - со дня поступления в ФФОМС от МВД России сведений в соответствии с п. 3 ч. 6 ст. 49 комментируемого Закона;

4) утраты или лишения статуса беженца - со дня поступления в ФФОМС от МВД России сведений в соответствии с п. 4 ч. 6 ст. 49 комментируемого Закона.

ТФОМС обеспечивает отражение сведений об указанных выше лицах в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц в соответствии с Порядком ведения персонифицированного учета и признает полис недействительным со дня поступления данных сведений. Сведения ТФОМС получает в порядке, определенном ч. 6 и 7 ст. 49 комментируемого Закона.

4. Частью 6 комментируемой статьи установлено, что ФФОМС и ТФОМС субъектов РФ ежемесячно обеспечивают отражение сведений о полисах ОМС, действие которых приостановлено, и недействительных полисах ОМС в едином регистре застрахованных лиц в соответствии с Правилами ОМС. В Правилах ОМС подобная обязанность закреплена в п. 80, однако касается только ТФОМС.

Глава 11. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 50. Программы и мероприятия по модернизации здравоохранения

Комментарий к статье 50

1. Статья 50 комментируемого Закона предусматривает **особенности реализации и финансового обеспечения региональных программ модернизации здравоохранения** субъектов РФ и мероприятий по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, уполномоченных в сфере здравоохранения государственных учреждений в рамках конкретных финансовых периодов, а также упорядочивает ряд иных организационных вопросов системы ОМС, сферы здравоохранения. Большая часть норм, содержащихся в комментируемой статье, в настоящее время не применяется в силу ограниченного периода их действия.

В ч. 1 - 2.1 комментируемой статьи предусмотрены особенности реализации и финансового обеспечения региональных программ модернизации здравоохранения в различные временные периоды: в 2011 - 2012 годах, в 2013 году, а также в 2014 - 2018 годах. Финансовое обеспечение указанных программ возможно за счет:

- использования целевых доходов государственных внебюджетных фондов для финансирования выполнения региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ;

- возможности использования "остатков" бюджетных ресурсов на реализацию запланированных программами мероприятий.

Средства на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ предоставляются из бюджета ФФОМС в виде **субсидий**.

В модели бюджетного устройства России такая форма межбюджетных трансфертов, как **субсидии**, предоставляется субъектам РФ и муниципальным образованиям, а также государственным внебюджетным фондам, в том числе ТФОМС, из федерального бюджета в целях софинансирования расходных обязательств указанных субъектов, реализуемых в числе прочих моментов на уровне функционирования ТФОМС (ст. ст. 132, 139 БК РФ). Совокупный анализ нормативных актов разных уровней, в том числе применительно к сфере оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, позволяет различать субсидии двух видов: **текущие** (на осуществление расходов на оказание бесплатной медицинской помощи, реализацию медицинских программ, текущую деятельность медицинских организаций по их реализации функций в сфере здравоохранения) и **инвестиционные** (инвестиции в инфраструктуру медицинской сферы, например строительство новых зданий для медицинских организаций) <112>.

--------------------------------

<112> См. также: Пешкова Х.В. Теоретико-правовые основы бюджетного устройства государства: Монография. М.: ИНФРА-М, 2017. С. 343; Она же. Бюджетное устройство государства (российская правовая концепция): дис. ... д-ра юрид. наук. М., 2014. С. 343.

При этом предоставленные средства субсидий должны быть использованы на определенные цели, а именно на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ. В ч. 3 комментируемой статьи уточнены **виды целевых расходов бюджета ФФОМС** на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ:

1) **укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения**, в том числе строительство, реконструкция объектов капитального строительства и (или) их этапы, обеспечение завершения строительства ранее начатых объектов, капитальный ремонт государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, приобретение медицинского оборудования, - в указанных целях, в частности, должна была осуществляться реализация программ по модернизации здравоохранения в 2013 - 2017 годах.

Пример. Суды обоснованно признали доказанным ТУ Росфиннадзора, что Министерством финансов Республики Хакасия не обеспечено выполнение задач и достижение целей предоставления субсидии, поскольку средства межбюджетного трансферта не были направлены на строительство перинатального центра даже при наличии кредиторской задолженности перед подрядчиком за выполненные работы. Вместе с тем данные денежные средства отсутствовали на лицевом счете Министерства (см. Постановление Арбитражного суда Восточно-Сибирского округа от 26 октября 2016 г. N Ф02-5566/2016 по делу N А74-11761/2015).

Суды обоснованно отмечают, что приобретенные расходные материалы не могут относиться к медицинскому оборудованию, если не включены в код 3311000 "Медицинское и хирургическое оборудование, ортопедические приспособления" ОК 004-93, а следовательно, не входят в перечень, установленный ч. 3 ст. 50 комментируемого Закона (см. Постановление ФАС Поволжского округа от 25 марта 2014 г. по делу N А12-19994/2013).

Судебная практика свидетельствует о распространенных фактах нарушения целевого характера использования бюджетных средств в сфере обязательного медицинского страхования.

Пример. Согласно материалам судебного дела, изложенным в Постановлении Арбитражного суда Северо-Кавказского округа от 5 марта 2020 г. N Ф08-1565/2020 по делу N А63-1444/2019 о взыскании денежных средств обязательного медицинского страхования, использованных не по целевому назначению, ТФОМС в своем заявлении в суд указал на неисполнение обществом требования о восстановлении на расчетном счете денежных средств, использованных на выплаты, не предусмотренные тарифным соглашением. Решением суда требование фонда было удовлетворено, поскольку списание со счета филиала общества, открытого для учета средств обязательного медицинского страхования, денежных средств на внутрихозяйственные расходы свидетельствует об их нецелевом использовании.

См. также: Определение Верховного Суда РФ от 12 сентября 2019 г. N 302-ЭС19-12656 по делу N А74-10036/2018; Постановление Арбитражного суда Волго-Вятского округа от 18 октября 2019 г. N Ф01-5326/201 по делу N А29-10684/2018; Постановление Арбитражного суда Восточно-Сибирского округа от 16 января 2019 г. N Ф02-6272/2018 по делу N А74-3236/2018; Постановление Арбитражного суда Западно-Сибирского округа от 1 июня 2020 г. N Ф04-920/2020 по делу N А27-17169/2019; Постановление Арбитражного суда Московского округа от 20 февраля 2020 г. N Ф05-25612/2019 по делу N А41-1411/2019; Постановление Арбитражного суда Северо-Западного округа от 14 мая 2020 г. N Ф07-2017/2020 по делу N А13-12750/2019.

Финансовое обеспечение программ в 2014 - 2017 годах в указанных целях в части мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров осуществляется за счет остатков средств, образовавшихся по состоянию на 1 января очередного финансового года в бюджете ФФОМС, бюджетах ТФОМС, бюджетах субъектов РФ в результате неполного использования средств, предусмотренных федеральным законом о бюджете ФФОМС на очередной финансовый год и на плановый период на указанные цели, и средств бюджетов субъектов РФ;

2) **внедрение современных информационных систем в здравоохранение** в целях создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, перехода на полисы обязательного медицинского страхования единого образца, внедрение телемедицинских систем, систем электронного документооборота и ведение медицинских карт пациентов в электронном виде - в указанных целях, в частности, осуществляется реализация мероприятий по модернизации здравоохранения в 2014 - 2018 годах в части мероприятий, предусмотренных ч. 12.1 настоящей статьи. В ней предусмотрено, что Минздрав России обеспечивает создание и функционирование федерального центра обработки данных, а также создание временной площадки федерального центра обработки данных, создание, внедрение, развитие и функционирование федеральных прикладных компонентов единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

При этом финансовое обеспечение осуществляется за счет остатков средств, образовавшихся по состоянию на 1 января очередного финансового года в федеральном бюджете в результате неполного использования средств, предоставленных в 2012 году из бюджета ФФОМС в федеральный бюджет в виде межбюджетных трансфертов в соответствии с ч. 12.1 настоящей статьи;

3) **внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи**, в том числе предоставляемой врачами-специалистами.

Среди действующих региональных программ, предусматривающих подобные мероприятия, можно назвать, к **примеру**:

- Государственную программу Республики Саха (Якутия) "Развитие здравоохранения Республики Саха (Якутия) на 2020 - 2024 годы", утв. Указом Президента РС(Я) от 12 декабря 2019 г. N 887 (содержит подпрограмму 10 "Проектирование, строительство и ввод в эксплуатацию республиканского Перинатального центра в г. Якутске на 2014 - 2016 годы в рамках Программы модернизации здравоохранения Республики Саха (Якутия)");

- Государственную программу Республики Бурятия "Развитие здравоохранения", утв. Постановлением Правительства РБ от 2 июля 2013 г. N 342 (содержит подпрограмму "Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения").

В ч. 4 комментируемой статьи детализированы требования к структуре региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ в разрезе обязательного установления целевых значений показателей реализации программы и иных обязательных элементов.

2. В комментируемой статье закреплены **основания предоставления субсидий и бюджетных средств в иных формах** на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ из бюджета ФФОМС бюджетам ТФОМС (ч. 6, 6.1, 9). **Особенности расходования субсидий и бюджетных средств в иной форме**, использования остатков бюджетных средств в рамках системы ОМС закреплены ч. 7, 10, 10.1, 10.2, 11, 11.1 ст. 50. Органы исполнительной власти субъектов РФ несут ответственность в соответствии с законодательством РФ за обоснованность стоимости мероприятий, установленных региональными программами модернизации здравоохранения субъектов РФ (ч. 5 комментируемой статьи).

Часть 7 статьи содержит важную отсылочную норму - предусмотренные в бюджете ФФОМС средства на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ предоставляются и расходуются в порядке, установленном Правительством РФ. В целях исполнения указанной компетенции Правительством РФ было принято Постановление от 15 февраля 2011 г. N 85 "Об утверждении Правил финансового обеспечения в 2011 - 2017 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования".

В целях финансового обеспечения региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ заключаются **соглашения высших исполнительных органов государственной власти субъектов РФ с уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и ФФОМС** в порядке, определяемом уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Данный Порядок установлен Приказом Минздрава России от 10 декабря 2013 г. N 918н "Об утверждении порядка заключения соглашений высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации с Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования о финансовом обеспечении региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации". Примером такого соглашения является Соглашение Правительства Московской области с Министерством здравоохранения РФ и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования о финансовом обеспечении региональной программы модернизации здравоохранения Московской области (в части мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров) (заключено в г. Москве 7 апреля 2014 г.). Средства на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ предоставляются ФФОМС в 2013 - 2017 годах только при наличии указанных соглашений.

Согласно ч. 8 Правительством РФ должен быть утвержден порядок реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами, - по данному вопросу принято Постановление Правительства РФ от 7 февраля 2011 г. N 60 "О порядке реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, проводимых в рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации".

3. Также в комментируемой статье предусмотрены особенности **порядка разработки мероприятий по модернизации здравоохранения** уполномоченными государственными учреждениями (ч. 12, 12.1) и осуществления **контроля за использованием средств**, предусмотренных на финансовое обеспечение программ и мероприятий по модернизации здравоохранения (ч. 13, 14, 15).

Установление порядка и формы предоставления отчетности о реализации программ и мероприятий по модернизации здравоохранения отнесено комментируемой статьей к компетенции Минздрава России как уполномоченного федерального органа исполнительной власти; а порядка и формы предоставления отчетности об использовании средств на цели, определенные в ч. 1, 12 и 12.1 настоящей статьи, - ФФОМС.

Данные вопросы урегулированы Приказом Минздрава России от 20 декабря 2013 г. N 965н "Об установлении порядка и формы предоставления отчетности о реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации" и Приказом ФФОМС от 26 ноября 2013 г. N 237 "Об установлении порядка и формы предоставления отчетности об использовании средств на цели по реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации".

Субъекты, уполномоченные осуществлять контроль применительно к исполнению положений комментируемой статьи, определяются в зависимости от направления целевого использования средств ФФОМС:

Если это цели, установленные п. п. 1 и 2 ч. 3 настоящей статьи, то контроль за использованием средств, предусмотренных на финансовое обеспечение программ и мероприятий по модернизации здравоохранения, осуществляется ФФОМС, Федеральным казначейством и Счетной палатой РФ, а контроль за реализацией программ и мероприятий по модернизации здравоохранения - Минздравом России и ФФОМС.

Если же это цели, установленные п. 3 ч. 3 настоящей статьи, то контроль осуществляется также ТФОМС.

Статья 50.1. Финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования

Комментарий к статье 50.1

1. Статья 50.1 комментируемого Закона регулирует **особенности финансового обеспечения оказания гражданам РФ высокотехнологичной медицинской помощи** и сопутствующих ей медицинских услуг, не включенных в базовую программу ОМС (см. [комментарий к ст. 35](#Par2678)). Закрепленные положения носят характер финансово-правовой нормы.

**Высокотехнологичная медицинская помощь** является наиболее эффективной медицинской помощью, позволяющей решить стойкие проблемы со здоровьем, улучшить качество жизни пациентов, решить демографические проблемы, расширить возможности здравоохранения в обществе и государстве. Повышенное внимание законодательства к урегулированию вопросов предоставления гражданам высокотехнологичной медицинской помощи, а также вопросов ее финансового обеспечения обусловлено такими факторами, как рост стоимости медицинского обслуживания, большие затраты на медицинские технологии лечения сложных заболеваний, потребности медико-организационного обоснования предоставления дорогостоящей высокотехнологичной медицинской помощи строго определенным категориям граждан, усиление контроля за использованием бюджетных ресурсов фондов ОМС. Помимо этого, среди населения увеличивается распространенность заболеваний, требующих оказания медицинской помощи на основе весьма ресурсоемкого финансирования, что зачастую не позволяет гражданам самостоятельно оплатить медицинские услуги (консультации врача, лечение, операционное вмешательство, медикаменты).

В Программе государственных гарантий на 2020 г. отдельно выделены виды высокотехнологичной медицинской помощи, включенные в базовую программу ОМС и не включенные в базовую программу ОМС, но оплачиваемые из средств ФФОМС. Таким образом, виды оказываемой высокотехнологичной медицинской помощи разделены на две группы в зависимости от порядка направления средств ФФОМС на их финансирование.

Комментируемая статья включена в настоящий Федеральный закон Федеральным законом от 3 июля 2016 г. N 286-ФЗ "О внесении изменений в Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и отдельные законодательные акты Российской Федерации", вступившим в силу с 1 января 2017 г. Вопросы финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, до 2017 г. определялись ст. 51 комментируемого Закона (ч. 18, 20). Указанный Федеральный закон предусмотрел новый механизм финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи с 2017 г. с учетом возможности ФФОМС напрямую финансировать федеральные медицинские организации за оказание ими высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС.

Комментируемой статьей предусмотрена возможность предусматривать в бюджете ФФОМС бюджетные ассигнования на следующие цели, связанные с финансовым обеспечением оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС:

1) на **финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи**, не включенной в базовую программу ОМС, **оказываемой гражданам РФ федеральными государственными учреждениями**, функции и полномочия учредителя которых осуществляют федеральные органы исполнительной власти. Полномочия по утверждению такого перечня предоставлены ч. 2 комментируемой статьи Минздраву России, а порядка его формирования - Правительству РФ. В указанных целях приняты Приказ Минздрава России от 12 сентября 2019 г. N 747н "Об утверждении перечня федеральных государственных учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации, на 2020 год" и Постановление Правительства РФ от 12 ноября 2016 г. N 1160 "О порядке формирования перечня федеральных государственных учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации".

Заметим, что до принятия Приказа Минздрава России от 12 сентября 2019 г. N 747н, утверждающего перечень федеральных государственных учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации, и ограничения действия этого перечня исключительно 2020 годом действовал Приказ Минздрава России от 30 ноября 2016 г. N 916н с аналогичным названием, но соответствующий перечень принимался на неопределенный срок. Принятие подобных актов и, соответственно, правовых норм срочного действия - свидетельство необходимости корректировки перечня возможных субъектов медицинского страхования с позиций уточнения их организационных возможностей, а также возможностей бюджета дифференцировать использование государственных денег на финансирование возможных получателей бюджетных средств.

На наш взгляд, периодическое уточнение возможных субъектов, а именно федеральных государственных учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, имеет важное значение как с позиций контроля перечня возможных пользователей бюджетных средств, так и с позиций подбора медицинских учреждений, функционирование которых наиболее оптимально для данной сферы с позиций качества оказываемых гражданам медицинских услуг, соблюдения получившими бюджетные средства субъектами дисциплины использования этих средств;

2) возможность предусматривать в бюджете ФФОМС бюджетные ассигнования на **софинансирование расходов субъектов РФ**, возникающих при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, была исключена из комментируемого Закона с 1 января 2020 г. (Федеральный закон от 2 декабря 2019 г. N 399-ФЗ). Исключение из комментируемого Закона положения о планировании в бюджете ФФОМС на очередной финансовый год и на плановый период бюджетных ассигнований на софинансирование расходов региональных бюджетов в сфере высокотехнологичной медицинской помощи вызвано тенденциями сокращения перечня оснований предоставления субсидий территориальным бюджетам из бюджета федерального уровня (бюджета ФФОМС) и соответственно - снижением объемов расходов финансовой поддержки субъектов РФ из средств бюджета Российской Федерации;

3) на финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, оказываемой гражданам РФ медицинскими организациями частной системы здравоохранения, - данная норма вступит в силу только с 1 января 2019 г. К этому сроку Минздравом России должен быть разработан и утвержден перечень соответствующих медицинских организаций частной системы здравоохранения на основании установленных им критериев отбора.

2. В комментируемой статье предусмотрены следующие **особенности финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи**:

1) обязательное закрепление в бюджете ФФОМС:

- объема бюджетных ассигнований на очередной финансовый период, расходуемых на финансирование оказания нуждающимся в лечении гражданам высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, оказываемой всем гражданам РФ федеральными государственными учреждениями, функции и полномочия учредителя которых осуществляют федеральные органы исполнительной власти;

- объема бюджетных ассигнований на софинансирование соответствующих расходов на федеральном и региональном уровнях (ч. 1 ст. 50.1);

2) необходимость заключения соглашений о порядке и об условиях предоставления бюджетных ассигнований (ч. 6 и 8 ст. 50.1);

3) учет средних нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи при планировании в соответствующем бюджете объема финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (ч. 5 ст. 50.1);

4) утверждение дополнительными нормативными актами объемов высокотехнологичной помощи, не включенной в базовую программу ОМС (ч. 9 ст. 50.1);

5) особенности использования остатков средств, не использованных в текущем финансовом году, предоставленных на оказание высокотехнологичной помощи (ч. 10 ст. 50.1);

6) информационные основы оказания высокотехнологичной помощи (ч. 11 ст. 50.1);

7) бюджетный контроль в обозначенной сфере медицинского обслуживания (ч. 12, 13 ст. 50.1).

Согласно ч. 6 комментируемой статьи финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, оказываемой гражданам РФ федеральными государственными учреждениями, осуществляется путем предоставления из бюджета ФФОМС **государственным учреждениям субсидий на финансовое обеспечение выполнения ими государственного задания**, утвержденного федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции и полномочия учредителя в отношении указанных федеральных государственных учреждений.

*Понятие и особенности субсидий как формы бюджетных средств, используемых в сфере оказания медицинской помощи данного вида, рассмотрены в* [*комментарии к ст. 50*](#Par4279)*.*

Правила финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой гражданам РФ федеральными государственными учреждениями, утверждены Постановлением Правительства РФ от 5 декабря 2016 г. N 1302.

3. В комментируемой статье ранее также отсылочным образом был определен порядок **софинансирования предоставления высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств субсидий** (ч. 7 ст. 50.1) - он утверждался Правительством РФ. По данному вопросу принято Постановление Правительства РФ от 5 декабря 2016 г. N 1302 "Об утверждении Правил финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой гражданам Российской Федерации федеральными государственными учреждениями". Однако ч. 3, 7 ст. 50.1 утратили силу с 1 января 2020 г. (Федеральный закон от 2 декабря 2019 г. N 399-ФЗ). Исключение из комментируемой статьи положений, касающихся регулирования высшим исполнительным органом государственной власти субъекта РФ финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, а также регулирования софинансирования расходов субъектов РФ Правительством РФ, связано с одновременным исключением правил софинансирования из бюджета ФФОМС соответствующих расходов субъектов РФ на основании абз. 3 ч. 1 комментируемой статьи.

4. Статья 50 комментируемого Закона содержит ряд иных бланкетных норм, например, ч. 14 определяет, что порядок и форма представления отчетности об использовании средств на цели, предусмотренные ч. 1 настоящей статьи, устанавливаются ФФОМС. В данном случае имеются в виду положения Приказа ФФОМС от 21 апреля 2017 г. N 98 "Об утверждении порядка и формы представления отчетности об использовании субсидии Федерального фонда обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение выполнения федеральными государственными учреждениями государственного задания по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой гражданам Российской Федерации".

5. Несмотря на достаточную проработку в законодательстве РФ вопросов предоставления и финансового обеспечения высокотехнологической медицинской помощи, а также на наличие в данной сфере немалого количества как законодательных, так и подзаконных нормативных правовых актов (постановления Правительства РФ, приказы Минздравсоцразвития РФ и Минздрава России), практика оказания данного вида медицинской помощи зачастую характеризуется разного рода нарушениями - финансово-правовыми и организационными, что приводит к потребности обращаться в суды за разрешением разного рода конфликтов.

Так, на основании анализа судебных актов по соответствующим категориям споров можно сделать вывод, что наиболее распространены споры, связанные:

- с реализацией стандартов медицинской помощи лицам с определенными заболеваниями, претендующими на получение высокотехнологической медицинской помощи, и возникновением в связи с этим задолженности в виде средств ОМС (см., например, Постановление Второго арбитражного апелляционного суда от 12 апреля 2017 г. N 02АП-1132/2017 по делу N А29-11434/2016);

- с целевым расходованием средств при оказании медицинской помощи, в том числе высокотехнологической медицинской помощи (см., например, Постановление Первого арбитражного апелляционного суда от 3 мая 2017 г. по делу N А43-23330/2016; Постановление Арбитражного суда Волго-Вятского округа от 17 июля 2017 г. N Ф01-2726/2017 по делу N А43-23330/2016).

Статья 51. Заключительные положения

Комментарий к статье 51

1. Комментируемая статья, несмотря на название, не является последней. Изначально смысл данной нормы заключался в регулировании и разъяснении особенностей новых отношений в сфере ОМС, возникших в связи с принятием комментируемого Закона, устоявшихся и в некоторых случаях продолжаемых правоотношений. Кроме того, ряд норм комментируемого Закона вступил в силу с задержкой в один год (см. [комментарий к ст. 53](#Par4518)). При этом некоторые исследователи, изучая настоящий Федеральный закон в конце 2010 - начале 2011 г., отмечали, что комментируемая статья носит временный характер и перестанет применяться с 2014 г.

Однако начальный и переходный период нового правового регулирования ОМС прошел, но возникла необходимость уточнения некоторых норм комментируемого Закона с учетом вновь принимаемых нормативных актов, например, в связи с изменением базовой программы ОМС, изменением бюджета ФФОМС.

Поэтому в настоящее время комментируемая статья содержит в себе положения, которые можно классифицировать следующим образом:

1) положения, которые имеют отношение к конкретным временным периодам и **по окончании этих периодов не действуют**. К таким положениям относятся ч. 3, 4, 5, 7, 7.1, 8, 8.1, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23;

2) положения, которые имеют отношение к конкретным временным периодам и на момент написания настоящего комментария **действуют**. К таким положениям относятся: ч. 2, 12.1, 12.2, 12.3, 12.4, 12.5;

3) положения, которые **не имеют временных ограничений**. К таким положениям относятся: ч. 1, 9, 12, 13.

2. Часть 1 комментируемой статьи содержит положение, в соответствии с которым правовое положение лиц, застрахованных по ОМС по прежнему Закону об ОМС 1991 г., сохраняется, то есть они по-прежнему остаются застрахованными лицами. Тем самым была достигнута преемственность в правовой и социальной защите при изменении законодательства в сфере ОМС.

3. Часть 2 комментируемой статьи посвящена порядку выдачи и действия полисов ОМС. Комментируемой нормой установлено, что, во-первых, полисы ОМС старого образца, то есть выданные застрахованным лицам во время действия Закона об ОМС 1991 г., продолжают оставаться действительными и действуют до замены их на полисы ОМС в соответствии с новым законодательством. Во-вторых, предусматривается изготовление полиса ОМС единого образца. В-третьих, устанавливается, что с 1 мая 2011 г. изготовление полисов ОМС организуется ФФОМС, что является, безусловно, верным, ведь ФФОМС - страховщик в сфере ОМС (более подробно о полисах ОМС см. [комментарий к ст. 45](#Par3853)).

4. Часть 3 комментируемой статьи содержит 2 пункта и касается определения тарифа на оплату медицинской помощи с 1 января 2011 г. по 31 декабря 2012 г. Комментируемая часть фактически не применяется в настоящее время.

5. Часть 4 комментируемой статьи определяет, что должна была включать в себя территориальная программа ОМС в субъектах РФ с допустимыми отступлениями. Комментируемая часть фактически не применяется в настоящее время.

6. Часть 5 комментируемой статьи фактически не применяется в настоящее время, поскольку посвящена регулированию разницы межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджетов субъектов РФ в бюджеты ТФОМС.

Комментируемая норма связана с прошедшей экономической реформой догоспитального этапа скорой медицинской помощи, осуществленной в 2013 г. До 2013 г. оплата скорой медицинской помощи осуществлялась за счет средств бюджетов субъектов РФ и средств ОМС, а с 2013 г. (на что прямо и указывает п. 2 комментируемой статьи) догоспитальный этап скорой медицинской помощи, как и любая скорая медицинская помощь, стал оплачиваться исключительно за счет средств ОМС.

7. Часть 7 комментируемой статьи посвящена определению страховых взносов на ОМС для неработающего населения в период с 2012 по 2014 г. (включительно), что и нашло отражение в трех пунктах комментируемой части. В п. 4 ч. 7 комментируемой статьи устанавливается порядок исполнения ч. 2 ст. 23 комментируемого Закона в указанный период. Комментируемая часть фактически не применяется в настоящее время.

8. Часть 7.1 комментируемой статьи, так же как и ч. 7, устанавливает особенности определения размера страховых взносов на ОМС для неработающего населения, но исключительно в Республике Крым и городе федерального значения Севастополе в 2016 г.

Появление комментируемой части и начало ее действия связаны с особым подходом к формированию объема страховых взносов на ОМС неработающего населения для включения в бюджеты Республики Крым и города федерального значения Севастополя. При этом изначально предполагалось, что комментируемая часть вступит в силу с 2015 г. Однако этого не произошло из-за неготовности в полной мере обеспечить государственные гарантии оказания бесплатной медицинской помощи для неработающего населения в Республике Крым и городе федерального значения Севастополе. Более взвешенный и осторожный подход к указанным субъектам РФ связан с вхождением их в состав России как новых субъектов на основании Федерального конституционного закона от 21 марта 2014 г. N 6-ФКЗ "О принятии в Российскую Федерацию Республики Крым и образовании в составе Российской Федерации новых субъектов - Республики Крым и города федерального значения Севастополя".

Действие комментируемой нормы также связано с составлением и исполнением бюджетов Республики Крым и города федерального значения Севастополя, ФФОМС и ТФОМС указанных субъектов РФ исключительно на 2016 г.

9. Часть 8 комментируемой статьи касается исчисления размера субвенций бюджета ФФОМС бюджету ТФОМС на 2012 г. Комментируемая часть фактически не применяется в настоящее время.

10. Часть 8.1 комментируемой статьи, так же как и ч. 7.1, 12.1, 12.2, 20 и 23, связана с принятием Федерального закона от 14 декабря 2015 г. 374-ФЗ "О внесении изменений в Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и отдельные законодательные акты Российской Федерации". Указанным Законом в том числе фактически был продлен на еще один год (2016 г.) особый порядок определения размера субвенций из бюджета ФФОМС, направляемых бюджетам ТФОМС для финансового обеспечения расходных обязательств, возникающих при осуществлении переданных субъектам РФ полномочий в сфере ОМС. Продление применения особого порядка связано с вхождением в состав России Республики Крым и города федерального значения Севастополя (см. [п. 8 комментария к настоящей статье](#Par4372)).

Комментируемая часть фактически не применяется в настоящее время.

10.1. Часть 8.2 комментируемой статьи, введенная Федеральным законом от 26 июля 2019 г. N 204-ФЗ, касается объема субвенций из бюджета ФФОМС, предоставляемых бюджету ТФОМС в 2019 г. Комментируемая часть фактически не применяется в настоящее время.

10.2. Часть 8.3, также введенная Федеральным законом от 26 июля 2019 г. N 204-ФЗ, является логическим продолжением ч. 8.2 комментируемой статьи. Комментируемая норма позволяет рассчитать годовой объем бюджетных ассигнований, предусмотренных в 2019 году в бюджете города Байконура на ОМС неработающего населения, исходя из численности застрахованных лиц. Комментируемая часть фактически не применяется в настоящее время.

11. Часть 9 комментируемой статьи определяет **правовые форму и принадлежность имущества, которыми наделяются ТФОМС**.

Во-первых, установлено, что федеральное имущество, закрепленное за ТФОМС, переходит из права собственности Российской Федерации в собственность субъектов Федерации. Во-вторых, определено, что такое имущество подлежит закреплению соответствующими ТФОМС субъектов. В-третьих, прямо указано, что имущество, которое передается в собственность субъектов РФ, не переходит в собственность ТФОМС, а используется последними на праве оперативного управления. При этом комментируемой частью закреплено, что все мероприятия, связанные с этой передачей имущества, должны были быть завершены до 1 июля 2011 г.

12. Часть 10 комментируемой статьи касается общего объема бюджетных ассигнований в 2015 г., которые предусматривались в законах субъектов РФ на ОМС. Комментируемая часть фактически не применяется в настоящее время.

13. Часть 11 комментируемой статьи устанавливала особенности уплаты страховых взносов на ОМС, учета таких средств, исчисления и уплаты пени в 2011 г. Пункт 5 комментируемой части также касался 2012 и 2013 годов.

Комментируемая часть фактически не применяется в настоящее время.

14. Часть 12 комментируемой статьи, несмотря на то, что формально является действующей и в настоящее время, связана с переходным периодом, вызванным изменением законодательства об ОМС.

Комментируемой частью устанавливается, что размер бюджетных ассигнований на уплату страховых взносов на ОМС неработающего населения включает в себя, во-первых:

- полное финансовое обеспечение видов медицинской помощи (до вступления в силу комментируемого Закона, а в отдельных случаях, как, например, было со скорой медицинской помощью, до 2013 - 2014 годов). Полное финансовое обеспечение видов медицинской помощи за счет средств ОМС является новеллой комментируемого Закона;

- статьи расходов в соответствии с базовой программой ОМС.

15. Часть 12.1 комментируемой статьи посвящена **единовременной компенсационной выплате медицинским работникам**, отвечающим определенным требованиям. В действующей редакции положения комментируемой нормы касаются не только бюджета на 2017 г., но и бюджетов на плановый период 2018 и 2019 годов. Однако основания для получения единовременных компенсационных выплат должны наступить в 2016 и 2017 годах.

Указанная единовременная компенсационная выплата является одним из видов стимулирования медицинских работников, реализуемого в рамках модернизации системы здравоохранения. В целях повышения качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой застрахованным лицам, осуществляется реализация региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ и мероприятий по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, государственных учреждений.

Как было отмечено Конституционным Судом РФ в Определении от 21 ноября 2013 г. N 1798-О <113>, правовое регулирование, установленное в ч. 12.1 ст. 51 комментируемого Закона, осуществлено в пределах дискреционных полномочий законодателя и направлено на создание дополнительных стимулов к переезду на работу в сельские населенные пункты и рабочие поселки для молодых квалифицированных специалистов (медицинских работников), что согласуется с целями проводимой государством социальной политики и не может рассматриваться как нарушающее конституционные предписания и трудовые права.

--------------------------------

<113> См.: Определение Конституционного Суда РФ от 21 ноября 2013 г. N 1798-О "Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданина Ручкина Николая Николаевича на нарушение его конституционных прав положением части 12.1 статьи 51 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

Положения ч. 12.1 комментируемой нормы появились в настоящем Федеральном законе в конце 2011 г. и первоначально значительно отличались от действующей редакции. Однако с самого начала они были направлены на стимулирование медицинских работников.

В настоящее время Законом установлены следующие **требования, предъявляемые к медицинским работникам, которые могут получить единовременную компенсационную выплату**:

1) возраст работника до 50 лет;

2) высшее образование;

3) прибытие или переезд из другого населенного пункта в 2016 и 2017 годах на работу:

- в сельский населенный пункт,

- рабочий поселок,

- поселок городского типа;

4) заключение с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта РФ договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты;

5) наличие заключенного трудового договора между медицинским работником и государственным учреждением здравоохранения субъекта РФ или муниципальным учреждением здравоохранения. Данное требование прямо не указано в ч. 12.1 комментируемой статьи. Также можно говорить, что это требование является условием для выполнения предыдущего требования. Однако, учитывая положения, содержащиеся в подп. "а", "в" п. 3 ч. 12.2 комментируемой статьи, следует с уверенностью говорить о самостоятельности данного требования, предъявляемого к медицинским работникам, претендующим на единовременную компенсационную выплату.

Размер единовременной компенсационной выплаты составляет **1 миллион рублей**. Порядок финансирования указанных выплат определяется в ч. 12.2 комментируемой статьи (см. [п. 16 комментария к настоящей статье](#Par4436)).

Следует обратить внимание, что указанная выплата **не подлежит налогообложению**, поскольку согласно п. 1 ст. 217 НК РФ не подлежат налогообложению (освобождаются от налогообложения) государственные пособия, за исключением пособий по временной нетрудоспособности, а также иные выплаты и компенсации, выплачиваемые в соответствии с действующим законодательством (см. Определение Верховного Суда РФ от 12 мая 2017 г. N 3-КГ17-1).

Также необходимо отметить, что данная выплата предоставляется **однократно** - нормами действующего законодательства повторное предоставление указанной единовременной компенсационной выплаты медицинским работникам не предусмотрено (см. Постановление Девятого арбитражного апелляционного суда от 7 апреля 2017 г. N 09АП-4253/2017 по делу N А40-163882/16).

По предоставлению рассматриваемой единовременной компенсационной выплаты существует две категории споров:

1) **споры между медицинским работником и уполномоченным органом исполнительной власти субъекта РФ**, связанные с отказом заключить договор или же произвести выплату компенсации в установленном размере.

В данной категории споров также можно выделить две самостоятельные группы: **первая группа** споров связана с **отказом заключить договор** между медицинским работником и уполномоченным органом исполнительной власти субъекта РФ.

При рассмотрении данной категории дел суды отмечают, что ч. 12.1 комментируемой статьи не содержит каких-либо ограничений на заключение договора на производство единовременной компенсационной выплаты, за исключением установленных требований к медицинским работникам. В связи с этим, в частности, признается незаконным отказ медицинскому работнику в заключении договора в связи с тем, что документы для заключения договора поступили с опозданием (см. Апелляционное определение Свердловского областного суда от 24 сентября 2013 г. по делу N 33-11925/2013).

Также суды признают обоснованным отказ в заключении договора о производстве единовременной компенсационной выплаты на том основании, что субъект РФ не заинтересован в привлечении медицинского работника по конкретной специальности.

Пример. В одном из дел апелляционный суд признал несостоятельным довод апелляционной жалобы о том, что суд необоснованно поставил право А.А. на единовременную компенсационную выплату в зависимость от дефицита специальности и остроты потребности в специалисте, поскольку при финансировании программы "Земский доктор" и решении вопроса по предоставлению денежных выплат учитывается необходимость направления на работу в сельскую местность тех или иных специалистов. При таком положении, когда количество специалистов, направляемых в сельскую местность, превышает финансирование программы, учитываются все факторы, которые влияют на необходимость предоставления денежных средств, включая и нуждаемость в тех или иных медицинских специальностях в районах (см. Апелляционное определение Верховного суда Республики Башкортостан от 24 мая 2017 г. по делу N 33-10710/2017).

Во **вторую группу** входят споры, связанные с **отказом произвести единовременную компенсационную выплату**. Обычно отказ обусловливается тем, что уполномоченный орган исполнительной власти субъекта РФ не может произвести выплату, поскольку не произведен межбюджетный трансферт в бюджет соответствующего территориального фонда из ФФОМС. Как правило, суды признают отказ от исполнения договора незаконным, поскольку **ч. 12.1 комментируемой статьи** вообще не содержит основания для отказа в выплате при наличии заключенного договора о производстве единовременной компенсационной выплаты.

Пример. К. обратилась в суд с иском к Министерству здравоохранения Свердловской области о взыскании денежных средств по договору. В обоснование заявления указала, что между сторонами был заключен договор о предоставлении компенсационной выплаты в соответствии с ч. 12.2 ст. 51 комментируемого Закона. Ответчиком выплата не произведена в связи с тем, что денежные средства не перечислены ФФОМС.

Решением Ленинского районного суда г. Екатеринбурга в удовлетворении заявления К. было отказано, однако суд апелляционной инстанции решение суда отменил.

Как было указано апелляционным судом, в целях реализации ч. 12.2 ст. 51 комментируемого Закона было принято Постановление Правительства Свердловской области от 13 февраля 2012 г. N 113-ПП, которым в целях реализации права граждан на получение единовременной компенсационной выплаты утверждено Положение об условиях и порядке предоставления в 2012 году единовременной компенсационной выплаты. Согласно указанному Положению уполномоченным органом исполнительной власти Свердловской области по предоставлению единовременных компенсационных выплат медицинским работникам с высшим профессиональным образованием, прибывшим (переехавшим) в 2011 - 2012 годах на работу в сельские населенные пункты, расположенные на территории Свердловской области, является Министерство здравоохранения Свердловской области. На Министерство здравоохранения Свердловской области и ТФОМС Свердловской области возложена обязанность в срок до 15-го числа месяца, предшествующего месяцу, в котором осуществляются единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам, представить в ФФОМС заявки на получение иных межбюджетных трансфертов из расчета 1 000 000 рублей на одного медицинского работника.

В силу требований ст. 309 ГК РФ обязательства должны исполняться надлежащим образом в соответствии с условиями обязательства и требованиями закона, иных правовых актов. В ст. 310 ГК РФ предусмотрено, что односторонний отказ от исполнения обязательства и одностороннее изменение его условий не допускаются, за исключением случаев, предусмотренных законом. Ответчиком доказательств наличия обстоятельств, которые освободили бы его от исполнения договорных обязательств перед истцом, суду представлено не было.

В законодательстве Российской Федерации и Свердловской области отсутствуют нормы, которые предусматривали бы возможность отказа медицинскому работнику в получении единовременной компенсационной выплаты после заключения с ним договора о предоставлении выплаты (см. Апелляционное определение Свердловского областного суда от 11 декабря 2014 г. по делу N 33-16100/2014);

2) **споры между уполномоченным органом исполнительной власти субъекта РФ и ФФОМС** о финансовом обеспечении единовременных компенсационных выплат медицинским работникам. Данная категория споров связана с отказом ФФОМС произвести межбюджетные трансферты в бюджет соответствующего территориального фонда при наличии нарушений требований, установленных комментируемой статьей.

Пример. Департамент Смоленской области по здравоохранению обратился в Арбитражный суд г. Москвы с заявлением к ФФОМС об обязании принять заявку на получение межбюджетных трансфертов на единовременные компенсационные выплаты и выделение денежных средств. Судами в удовлетворении заявленных требований было отказано.

Как следует из материалов дела, Департамент заключил с медицинским работником ОГБУЗ "Холм-Жирковская центральная районная больница" Б. договор о предоставлении в 2016 году единовременной компенсационной выплаты. Основанием для отказа в предоставлении Б. единовременной выплаты послужил вывод ФФОМС о том, что Б. как медицинский работник, принятый на работу в медицинское учреждение, расположенное в сельском населенном пункте, уже воспользовалась в 2013 году правом на получение единовременной компенсационной выплаты, в связи с чем она не имеет права на получение единовременной компенсационной выплаты повторно.

Судом было установлено, что Б. убыла в 2016 году из другого населенного пункта (дер. Хохлово, Смоленский район), устроившись на работу врачом-терапевтом участковым терапевтического кабинета ОГБУЗ "Холм-Жирковская центральная районная больница" в поселок городского типа Смоленской области (пгт Холм-Жирковский). Суды первой и апелляционной инстанций согласились с выводом о том, что повторное предоставление единовременной компенсационной выплаты действующим законодательством не предусмотрено, Б. фактически не является прибывшей на работу в 2016 году в медицинское учреждение, расположенное в сельской местности, поскольку условия ее труда (сельская местность) остались неизменными (см. Постановление Девятого арбитражного апелляционного суда от 7 апреля 2017 г. N 09АП-4253/2017 по делу N А40-163882/16).

Комментируемая часть определяет также, что финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам **в 2017 г.** осуществляется за счет **иных межбюджетных трансфертов** (ст. 132.1 БК РФ). Тем самым было вновь продлено предоставление единовременных компенсационных выплат для обеспечения реализации основных мероприятий и достижения показателей Государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения" на втором этапе <114>.

--------------------------------

<114> См.: Постановление Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. N 294 "Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения".

При этом комментируемой нормой предусматривается софинансирование таких выплат **из бюджета ФФОМС** (через ТФОМС) в соответствии с федеральным законом о бюджете ФФОМС на очередной финансовый год и на плановый период **и средств бюджетов субъектов РФ** в соотношении соответственно 60% и 40%.

Как видно, для осуществления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам комментируемым Законом сделано разумное исключение из общего принципа оплаты ОМС из средств фонда ОМС, поскольку такая выплата не связана напрямую с оплатой медицинских расходов застрахованных лиц, а касается развития здравоохранения и обеспечения его доступности на всей территории России.

16. Часть 12.2 комментируемой статьи **определяет порядок и условия проведения межбюджетных трансфертов из бюджета ФФОМС в бюджеты ТФОМС** для последующего перечисления в бюджеты субъектов РФ для производства единовременной компенсационной выплаты, указанной в ч. 12.1 комментируемой статьи.

Основным условием межбюджетных трансфертов является принятие высшим исполнительным органом государственной власти субъекта РФ нормативных правовых актов <115>, которые предусматривают:

- **во-первых**, предоставление имущественной поддержки, связанной с обеспечением и (или) улучшением жилищных условий медицинских работников (имеющих не только высшее, но и среднее медицинское образование), а также иных мер социальной поддержки;

- **во-вторых**, обязанность уполномоченного органа исполнительной власти субъекта РФ и ТФОМС ежемесячно представлять в ФФОМС заявки на получение иных межбюджетных трансфертов на получение единовременных компенсационных выплат;

- **в-третьих**, обязанность уполномоченного органа исполнительной власти субъекта РФ заключить договор о предоставлении единовременной компенсационной выплаты медицинскому работнику.

--------------------------------

<115> Примерами таких актов являются: Постановление Правительства Свердловской области от 7 июня 2016 г. N 407-ПП "Об утверждении Положения о предоставлении в 2016 году единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников, работающих в сельских населенных пунктах, либо рабочих поселках, либо поселках городского типа, расположенных на территории Свердловской области"; Постановление Правительства Московской области от 14 марта 2017 г. N 145/8 "О единовременных компенсационных выплатах медицинским работникам в 2017 году".

**В договоре о предоставлении единовременной компенсационной выплаты** медицинскому работнику **должны быть предусмотрены**:

а) обязанность медицинского работника работать по месту заключения трудового договора **в течение 5 лет** и одновременно обязанность медицинского работника по возврату в бюджет субъекта РФ части единовременной компенсационной выплаты в случае прекращения трудового договора до истечения указанного пятилетнего срока пропорционально не отработанному медицинским работником периоду. При этом следует отметить, что нормами действующего законодательства не предусмотрено повторное предоставление указанной единовременной компенсационной выплаты медицинским работникам, в том числе и в той части, в которой она ранее была возвращена по прежнему месту работы (см., например, Определение Московского городского суда от 8 июня 2015 г. N 4г/8-5785/2015);

- порядок предоставления единовременной компенсационной выплаты **в течение 30 дней** со дня заключения договора между медицинским работником и уполномоченным органом исполнительной власти субъекта РФ, а также осуществления контроля со стороны последнего за соблюдением условий для осуществления единовременных компенсационных выплат;

- ответственность медицинского работника как стороны такого договора за неисполнение договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты, в том числе по возврату такой выплаты.

Межбюджетные трансферты из бюджета ФФОМС в бюджеты ТФОМС для последующего перечисления в бюджеты субъектов РФ осуществляются в течение **3 рабочих дней**. Полученные денежные средства уполномоченным органом исполнительной власти субъекта РФ выплачиваются медицинскому работнику в течение 30 рабочих дней со дня заключения договора. Однако эти два срока не складываются, поскольку договором о предоставлении единовременной компенсационной выплаты срок в 30 рабочих дней не продлевается.

Важно отметить, что положения комментируемого Закона не вступают в противоречие с нормами ТК РФ. **Возврат единовременной компенсационной выплаты медицинскими работниками не производится**, если трудовой договор прекращается по основаниям, предусмотренным следующими нормами ТК РФ:

- п. 8 ч. 1 ст. 77 - отказ работника от перевода на другую работу, необходимого ему в соответствии с медицинским заключением, выданным в порядке, установленном федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, либо отсутствие у работодателя соответствующей работы;

- п. 1 ч. 1 ст. 81 - ликвидация организации;

- п. 2 ч. 1 ст. 81 - сокращение численности или штата работников организации;

- п. 4 ч. 1 ст. 81 - смена собственника имущества организации (в отношении руководителя организации, его заместителей и главного бухгалтера;

- п. 1 ч. 1 ст. 83 - призыв работника на военную службу или направление его на заменяющую ее альтернативную гражданскую службу;

- п. 2 ч. 1 ст. 83 - восстановление на работе работника, ранее выполнявшего эту работу, по решению государственной инспекции труда или суда;

- п. 5 ч. 1 ст. 83 - признание работника полностью неспособным к трудовой деятельности в соответствии с медицинским заключением, выданным в порядке, установленном федеральными законами и иными нормативными правовыми актами РФ;

- п. 6 ч. 1 ст. 83 - смерть работника либо работодателя - физического лица, а также признание судом работника либо работодателя - физического лица умершим или безвестно отсутствующим;

- п. 7 ч. 1 ст. 83 - наступление чрезвычайных обстоятельств, препятствующих продолжению трудовых отношений (военные действия, катастрофа, стихийное бедствие, крупная авария, эпидемия и другие чрезвычайные обстоятельства), если данное обстоятельство признано решением Правительства РФ или органа государственной власти соответствующего субъекта РФ.

В действующей редакции положения комментируемой нормы касаются не только бюджета на 2017 г., но и бюджетов на плановый период 2018 и 2019 годов.

17. Часть 12.3 комментируемой статьи регулирует **порядок возврата части единовременной компенсационной выплаты** медицинским работником при прекращении трудового договора между ним и государственным учреждением здравоохранения субъекта РФ или муниципальным учреждением здравоохранения, являвшегося одним из оснований, с одной стороны, предоставления самой единовременной компенсационной выплаты, а с другой стороны, проведения межбюджетного трансферта.

Срок возврата части возвращаемых средств установлен комментируемой частью зеркально к сроку предоставления межбюджетного трансферта и составляет **3 рабочих дня** на перечисление в ТФОМС. Еще 3 рабочих дня установлены на перечисление средств из ТФОМС в ФФОМС.

18. Часть 12.4 комментируемой статьи определяет **порядок предоставления иных межбюджетных трансфертов**, о которых ведется речь в ч. 12.1 комментируемой статьи:

1) первоначально представляются заявки уполномоченных органов исполнительной власти субъектов РФ в ТФОМС;

2) ТФОМС представляют заявки в ФФОМС;

3) из бюджета ФФОМС предоставляется межбюджетный трансферт в бюджет ТФОМС;

4) из бюджета ТФОМС средства предоставляются в бюджет субъекта РФ.

Условиями предоставления межбюджетных трансфертов являются:

1) соблюдение пределов бюджетных ассигнований, утверждаемых Правительством РФ. В соответствии со ст. 6 БК РФ **бюджетные ассигнования** - это предельные объемы денежных средств, предусмотренных в соответствующем финансовом году для исполнения бюджетных обязательств. Таким образом, межбюджетные трансферты никогда не смогут превысить размер бюджетных ассигнований;

2) предоставление уполномоченными органами исполнительной власти субъектов РФ и ТФОМС отчетности. Тем самым достигается текущий контроль за использованием уже выделенных средств.

19. Часть 12.5 комментируемой статьи определяет субъекты, **осуществляющие контроль за использованием средств, выделяемых для производства единовременных компенсационных выплат медицинским работникам**. Такими субъектами названы:

- ФФОМС (в соответствии со ст. 33 комментируемого Закона);

- ТФОМС (в соответствии со ст. 34 комментируемого Закона);

- федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по контролю и надзору в финансово-бюджетной сфере - в настоящее время таким органом является Федеральное казначейство, которое находится в ведении Минфина РФ (в соответствии с Положением о федеральном казначействе, утв. Постановлением Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. N 703);

- Счетная палата РФ (в соответствии с Федеральным законом от 5 апреля 2013 г. N 41-ФЗ "О Счетной палате РФ").

20. Часть 13 комментируемой статьи устанавливает **временный режим правового положения ФФОМС и ТФОМС до дня вступления в силу федерального закона о государственных социальных фондах**. В настоящее время такой закон не принят, нет и законопроекта о государственных социальных фондах.

Таким образом, правовое положение ФФОМС определяется Уставом ФФОМС, утв. Постановлением Правительства РФ от 29 июля 1998 г. N 857 (см. [комментарий к ст. 33](#Par2517)), а правовое положением ТФОМС - Типовым положением о ТФОМС, утв. Приказом Минздравсоцразвития России от 21 января 2011 г. N 15н (см. [комментарий к ст. 34](#Par2603)).

21. Часть 14 комментируемой статьи устанавливала переходное положение на 2011 г., в соответствии с которым заключение договоров ТФОМС со страховыми медицинскими организациями определялось Правилами ОМС. Появление комментируемой нормы было связано с более поздним вступлением в силу ряда положений ст. 38 комментируемого Закона, которая регулирует отношения между ТФОМС и страховыми медицинским организациями. В частности, лишь с 1 января 2012 г. вступили в силу следующие ее положения: ч. 1, п. п. 3 - 5 и 14 ч. 2, п. п. 1 - 3 ч. 4, ч. 7 - 9, 11 и 12 ст. 38 (см. [комментарий к ст. 53](#Par4518)).

22. Часть 15 комментируемой статьи является первой частью, введенной в комментируемую статью сверх имеющихся в ней частей. Она предусматривает, что в 2011 году правила ОМС утверждаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения. Смысловое содержание данной статьи на момент принятия было довольно туманно, поскольку Правила ОМС были приняты еще 28 февраля 2011 г., а комментируемая часть была введена в Закон лишь 30 ноября 2011 г. Фактически данная статья имеет ретроактивное действие и закрепляет сложившийся порядок регулирования в сфере ОМС. В настоящее время Правила ОМС, принятые 28 февраля 2011 г., не действуют, вместо них приняты Правила обязательного медицинского страхования, утв. Приказом Минздрава России от 28 февраля 2019 г. N 108н.

23. Часть 16 комментируемой статьи носит временный характер, она затрагивала переходный период 2011 - 2012 годов. Данной нормой допускалось установление структуры тарифа ОМС в 2011 - 2012 годах аналогично структуре тарифа на ОМС в 2010 г. для отдельных субъектов РФ, в которых территориальной программой ОМС включались расходы на приобретение оборудования. Ограничение таких расходов определялось соглашением (тарифным соглашением) в соответствии с ч. 2 ст. 30 комментируемого Закона.

Комментируемая часть фактически не применяется в настоящее время.

24. Часть 17 комментируемой статьи касалась изменения порядка включения в реестр медицинских организаций, осуществляющих оказание медицинской помощи в сфере ОМС, в 2014 г. Для них срок уведомления ТФОМС был установлен до 20 декабря 2013 г. включительно, в то время как обычный срок для уведомления ТФОМС, установленный ч. 2 ст. 15 комментируемого Закона (см. [комментарий к ст. 15](#Par1374)), - до 1 сентября года, предшествующего тому, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере ОМС.

Комментируемая часть фактически не применяется в настоящее время.

25. Часть 18 комментируемой статьи посвящена финансовому обеспечению оказания в 2014 г. высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС (то есть базовую программу ОМС на 2014 г.). Ряд видов высокотехнологичной медицинской помощи, предусмотренных программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, не включается в базовую программу ОМС. Рассматриваемой нормой устанавливалась возможность направления на их финансовое обеспечение средств нормированного запаса ФФОМС. Появление данной нормы связано с проведением экономической реформы по переводу оплаты медицинской помощи на одноканальное финансирование.

Комментируемая часть фактически не применяется в настоящее время.

26. Часть 19 комментируемой статьи связана с особенностями включения в реестр и, соответственно, в систему ОМС медицинских организаций, расположенных в Республике Крым или городе федерального значения Севастополе. Для указанных медицинских организаций срок уведомления о включении в реестр был продлен с 1 сентября 2014 г. до 26 декабря 2014 г. включительно (Республика Крым и город федерального значения Севастополь вошли в состав России в марте 2014 г. на основании Федерального конституционного закона от 21 марта 2014 г. N 6-ФКЗ).

Комментируемая часть фактически не применяется в настоящее время.

27. Часть 20 комментируемой статьи посвящена финансовому обеспечению в 2015 - 2016 годах высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС. Также устанавливается перечень федеральных государственных учреждений, оказывавших в данный период времени высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу ОМС.

Комментируемая часть фактически не применяется в настоящее время.

28. Часть 21 комментируемой статьи определяет субъекты, осуществляющие контроль за использованием средств, выделенных в 2015 - 2016 гг. для оплаты высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС. Состав таких субъектов аналогичен тому, который указан в ч. 12.5 комментируемой статьи, и включает ФФОМС, ТФОМС, Федеральное казначейство и Счетную палату РФ.

Комментируемая часть фактически не применяется в настоящее время.

29. Часть 23 комментируемой статьи посвящена дополнительному финансовому обеспечению в 2016 г. оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС, отдельными субъектами, которые подведомственны Минздраву РФ, Управлению делами Президента РФ, Федеральному медико-биологическому агентству и Федеральному агентству научных организаций.

Комментируемая часть фактически не применяется в настоящее время.

30. Часть 24 комментируемой статьи содержит в себе техническую норму, которой продлевается действие положений п. 7.2 ч. 2 ст. 20, п. 4 ч. 6 и ч. 6.6 ст. 26 (посвящены составу бюджетов ФФОМС и ТФОМС субъектов РФ) комментируемого Закона до 1 января 2025 г. (см. [комментарий к ст. 26](#Par2051)).

31. Часть 25 комментируемого Закона, введенная Федеральным законом от 2 февраля 2019 г. N 6-ФЗ, регулирует **особенности налогообложения некоторых категорий самозанятых лиц**.

Так, согласно п. 70 ст. 217 НК РФ не подлежат обложению страховыми взносами в 2018 и 2019 гг. доходы в виде выплат (вознаграждений), полученных физическими лицами, не являющимися индивидуальными предпринимателями, от физических лиц за оказание им следующих услуг для личных, домашних и (или) иных подобных нужд:

- по присмотру и уходу за детьми, больными лицами, лицами, достигшими возраста 80 лет, а также иными лицами, нуждающимися в постоянном постороннем уходе по заключению медицинской организации;

- по репетиторству;

- по уборке жилых помещений, ведению домашнего хозяйства.

При этом законом субъекта РФ могут быть установлены также иные виды услуг для личных, домашних и (или) иных подобных нужд, доходы от оказания которых освобождаются от налогообложения в соответствии с указанным пунктом НК РФ.

С учетом того, что такие лица работают на себя и не привлекают наемных работников для оказания соответствующих услуг, они должны быть отнесены к категории страхователей, указанных в п. 2 ч. 1 ст. 11 комментируемого Закона. Однако, поскольку от выплат страховых взносов указанные категории граждан освобождены, то ФФОМС не может быть пополнен за их счет и при наступлении страхового случая для таких граждан не будет финансовой возможности оплачивать их лечение (см. [комментарий к ст. ст. 3](#Par314), [4](#Par458), [21](#Par1840), [22](#Par1922)).

Комментируемая норма устанавливает, что в 2020 и 2021 гг. за счет предоставляемых из федерального бюджета бюджету ФФОМС межбюджетных трансфертов компенсируются выпадающие доходы бюджета ФФОМС. Объем указанных межбюджетных трансфертов определяется как произведение численности лиц, поставленных на учет налоговыми органами в соответствии с п. 7.3 ст. 83 НК РФ, по состоянию на 1 января года, предшествующего очередному, и фиксированного размера страхового взноса, установленного подп. 2 п. 1 ст. 430 НК РФ, на очередной финансовый год.

32. Частью 26 комментируемого Закона, также введенной Федеральным законом от 2 февраля 2019 г. N 6-ФЗ, предусмотрено, что для целей расчета объемов межбюджетных трансфертов ФФОМС ежегодно в срок до 15 мая направляет в Министерство финансов РФ информацию о численности лиц, поставленных на учет налоговыми органами в соответствии с п. 7.3 ст. 83 НК РФ, по состоянию на 1 января года, предшествующего очередному, информация о которых в соответствии с ч. 2 ст. 49 настоящего Федерального закона предоставлена налоговыми органами в составе сведений о работающих застрахованных лицах (см. [комментарий к ч. 2 ст. 49](#Par4159)).

33. Части 27 и 28 комментируемого Закона, введенные Федеральным законом от 2 декабря 2019 г. N 399-ФЗ, направлены на **дополнительное финансирование ряда лиц из числа медицинского персонала**. Так, ч. 27 комментируемого Закона устанавливает временное - на период 2020 - 2022 гг. - предоставление межбюджетных трансфертов для формирования нормированного страхового запаса ТФОМС на цели, указанные в п. 4 ч. 6 ст. 26 комментируемого Закона, для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала (см. [комментарий к ч. 6 ст. 26](#Par2103)).

34. Часть 28 комментируемого Закона определяет, что в период 2020 - 2022 гг. в бюджеты ТФОМС субъектов РФ предоставляются межбюджетные трансферты для осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения. Такая выплата по мысли законодателя должна способствовать более активному, но вместе с тем более внимательному выявлению онкологических заболеваний.

Порядок и условия предоставления данных межбюджетных трансфертов, в том числе порядок осуществления указанных в настоящей части денежных выплат и их размеры, устанавливаются Постановлением Правительства РФ от 30 декабря 2019 г. N 1940 "Об утверждении Правил предоставления межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения".

Статья 52. О признании утратившими силу отдельных законодательных актов (положений законодательных актов) Российской Федерации

Комментарий к статье 52

Комментируемая статья содержит перечень из **11 нормативных актов, которые утратили силу** с момента вступления комментируемого Закона в силу (то есть с 1 января 2011 г.).

Указанные в п. п. 1 - 11 нормативные акты (их части) утратили силу, поскольку касались прежнего Закона об ОМС 1991 г. и изменений к нему. Так, например, упомянутая в п. 7 норма Федерального закона от 23 декабря 2003 г. 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" вносила изменения в Закон об ОМС 1991 г. в части определения страхователей в сфере ОМС.

Таким образом, с одной стороны, видно, что прежний Закон об ОМС 1991 г. изменялся непоследовательно и нормы, подлежащие включению в него, содержались в разрозненных актах, что явно не способствовало надлежащему правоприменению и реализации прав субъектов ОМС. С другой стороны, комментируемая норма сводится фактически к тому, что признает утратившим силу Закон об ОМС 1991 г. с его многочисленными изменениями.

Иные нормативные акты, которые подлежали отмене или изменению в связи с принятием комментируемого Закона, утрачивали силу или изменялись на основании положений Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 313-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", который был принят ранее комментируемого Закона, но вступил в силу одновременно с ним.

Статья 53. Порядок вступления в силу настоящего Федерального закона

Комментарий к статье 53

1. Комментируемая статья содержит положения, указывающие на то, что комментируемый Закон вступает в силу **с 1 января 2011 г.** В то же время комментируемой нормой предусмотрено и несколько исключений, изложенных в следующей части статьи.

В соответствии с ч. 3 ст. 15 Конституции РФ законы подлежат официальному опубликованию. Неопубликованные законы не применяются. Любые нормативные правовые акты, затрагивающие права, свободы и обязанности человека и гражданина, не могут применяться, если они не опубликованы официально для всеобщего сведения.

В развитие данной нормы принят Федеральный конституционный закон РФ от 14 июня 1994 г. N 5-ФЗ "О порядке опубликования и вступления в силу федеральных конституционных законов, федеральных законов, актов палат Федерального Собрания". Согласно его ст. 6 федеральные конституционные законы, федеральные законы, акты палат Федерального Собрания вступают в силу одновременно на всей территории РФ по истечении 10 дней после дня их официального опубликования, если самими законами или актами палат не установлен другой порядок вступления их в силу.

Применительно к комментируемому Закону как раз и установлен другой порядок вступления его в силу путем указания на конкретные даты, в том числе и для исключений, предусмотренных в ч. 2 комментируемой статьи.

Первоначальный текст комментируемого Закона был опубликован в изданиях: "Российская газета", N 274, 3 декабря 2010 г. и N 275, 6 декабря 2010 г. (содержалось уточнение); Собрание законодательства РФ, 2010, N 49, ст. 6422; "Парламентская газета", N 64, 10 - 16 декабря 2010 г.

2. Частью 2 комментируемой статьи установлено, что отдельные положения комментируемого Закона вступают в силу с **1 января 2012 г.** К настоящему моменту настоящий Федеральный закон вступил в силу полностью. Отсрочка же вступления в силу отдельных положений комментируемого Закона была связана с необходимостью провести подготовительные мероприятия по завершению перехода всей системы ОМС под требования нового Закона. Например, с задержкой в год вступили в силу ст. ст. 5 - 8 комментируемого Закона (то есть вся глава 2 комментируемого Закона, посвященная полномочиям РФ и субъектам РФ в сфере ОМС), положения, касающиеся программ ОМС.