

ЗАКОН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

С изменениями на 24 июля 2009 года

О медицинском страховании граждан в Российской Федерации*

Утратил силу с 1 января 2011 года на основании
Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ

Документ с изменениями, внесенными:

Законом Российской Федерации от 2 апреля 1993 года № 4741-1 (Российская газета № 80, 27.04.93);

Указом Президента Российской Федерации от 24 декабря 1993 года № 2288 (о порядке вступления в силу см. пункт 6 Указа Президента Российской Федерации от 24 декабря 1993 года № 2288);

Федеральным законом от 1 июля 1994 года № 9-ФЗ (Российская газета № 125, 06.07.94);

Федеральным законом от 29 мая 2002 года № 57-ФЗ (Российская газета, № 97, 31.05.2002) (о порядке вступления в силу см. статью 16 Федерального закона от 29 мая 2002 года № 57-ФЗ);

Федеральным законом от 23 декабря 2003 года № 185-ФЗ (Российская газета, № 261, 27.12.2003) (вступил в силу с 1 января 2004 года);

Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 137-ФЗ (Российская газета, № 165, 29.07.2006) (о порядке вступления в силу см. статью 7 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 137-ФЗ);

Федеральным законом от 29 декабря 2006 года № 258-ФЗ (Российская газета, № 297, 31.12.2006) (о порядке вступления в силу см. статью 29 Федерального закона от 29 декабря 2006 года № 258-ФЗ);

Федеральным законом от 23 июля 2008 года № 160-ФЗ (Российская газета, № 158, 25.07.2008) (вступил в силу с 1 января 2009 года);

Федеральным законом от 18 июля 2009 года № 185-ФЗ (Российская газета, № 133, 22.07.2009);

Федеральным законом от 24 июля 2009 года № 213-ФЗ (Российская газета, № 138, 29.07.2009) (о порядке вступления в силу см. статью 41 Федерального закона от 24 июля 2009 года № 213-ФЗ).

* Ведомости Съезда народных депутатов РСФСР и Верховного Совета РСФСР, 1991, № 27, ст.920. Настоящий Закон определяет правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования населения в Российской Федерации. Закон направлен на усиление заинтересованности и ответственности населения и государства, предприятий, учреждений, организаций в охране здоровья граждан в новых экономических условиях и обеспечивает конституционное право граждан Российской Федерации на медицинскую помощь**.

**Законом Российской Федерации от 2 апреля 1993 года № 4741-1 "О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР "О медицинском страховании граждан в

РСФСР" в наименовании Закона и по его тексту с 27 апреля 1993 года слово "РСФСР" заменено словами "Российской Федерации", а слова "краев, областей, автономных округов и автономных областей" заменены словами "автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга". В настоящем тексте Закона указанные изменения произведены без ссылки на основания.

РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Медицинское страхование

Медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья. Цель медицинского страхования - гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопления средств и финансировать профилактические мероприятия. Медицинское страхование осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном. Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования (часть в редакции, введенной с 27 апреля 1993 года Законом Российской Федерации от 2 апреля 1993 года № 4741-1, - см. предыдущую редакцию)). Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования. Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным.

Статья 2. Субъекты медицинского страхования

В качестве субъектов медицинского страхования выступают: гражданин, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение. Страхователями при обязательном медицинском страховании являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления - для неработающего населения; организации, физические лица, зарегистрированные в качестве индивидуальных предпринимателей, нотариусы, занимающиеся частной практикой, адвокаты, физические лица, заключившие трудовые договоры с работниками, а также выплачивающие по договорам гражданско-правового характера вознаграждения, на которые в соответствии с законодательством Российской Федерации начисляются налоги в части, подлежащей зачислению в фонды обязательного медицинского страхования, - для работающего населения (часть в редакции, введенной в действие с 1 января 2004 года Федеральным законом от 23 декабря

2003 года № 185-ФЗ; в редакции, введенной в действие со 2 августа 2009 года Федеральным законом от 18 июля 2009 года № 185-ФЗ, - см. предыдущую редакцию). Страхователями при добровольном медицинском страховании выступают отдельные граждане, обладающие гражданской дееспособностью, или (и) предприятия, представляющие интересы граждан. Страховыми медицинскими организациями выступают юридические лица, осуществляющие медицинское страхование и имеющие государственное разрешение (лицензию) на право заниматься медицинским страхованием. Медицинскими учреждениями в системе медицинского страхования являются имеющие лицензии лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.

РАЗДЕЛ 2. СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Статья 3. Объект добровольного медицинского страхования

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

(Название и текст статьи дополнен с 27 апреля 1993 года Законом Российской Федерации от 2 апреля 1993 года № 4741-1 - см. предыдущую редакцию)

Статья 4. Договор медицинского страхования

Медицинское страхование осуществляется в форме договора, заключаемого между субъектами медицинского страхования. Субъекты медицинского страхования выполняют обязательства по заключенному договору в соответствии с законодательством Российской Федерации. Договор медицинского страхования является соглашением между страхователем и страховой медицинской организацией, в соответствии с которым последняя обязуется организовать и финансировать предоставление застрахованному контингенту медицинской помощи определенного объема и качества или иных услуг по программам обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования. Договор медицинского страхования должен содержать: наименование сторон; сроки действия договора; численность застрахованных; размер, сроки и порядок внесения страховых взносов; перечень медицинских услуг, соответствующих программам обязательного или добровольного медицинского страхования; права, обязанности, ответственность сторон и иные не противоречащие законодательству Российской Федерации условия. Форма типовых договоров обязательного и добровольного медицинского страхования, порядок и условия их заключения устанавливаются Советом Министров Российской Федерации. Договор медицинского страхования считается заключенным с момента уплаты первого страхового взноса, если условиями договора не установлено иное. В случае утраты страхователем в период действия договора обязательного

медицинского страхования прав юридического лица вследствие реорганизации или ликвидации предприятия, права и обязанности по указанному договору переходят к его правопреемнику. В период действия договора добровольного медицинского страхования при признании судом страхователя недееспособным либо ограниченным в дееспособности его права и обязанности переходят к опекуну или попечителю, действующему в интересах застрахованного.

Статья 5. Страховой медицинский полис

Каждый гражданин, в отношении которого заключен договор медицинского страхования или который заключил такой договор самостоятельно, получает страховой медицинский полис. Страховой медицинский полис находится на руках у застрахованного. Форма страхового медицинского полиса и инструкция о его ведении утверждаются Советом Министров Российской Федерации. Страховой медицинский полис имеет силу на всей территории Российской Федерации, а также на территориях других государств, с которыми Российская Федерация имеет соглашения о медицинском страховании граждан (часть в редакции, введенной с 27 апреля 1993 года Законом Российской Федерации от 2 апреля 1993 года № 4741-1, - см. предыдущую редакцию)).

Статья 6. Права граждан Российской Федерации в системе медицинского страхования

Граждане Российской Федерации имеют право на: обязательное и добровольное медицинское страхование; выбор медицинской страховой организации; выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования; получение медицинской помощи на всей территории Российской Федерации, в том числе за пределами постоянного места жительства; получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса; предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба, независимо от того, предусмотрено это или нет в договоре медицинского страхования; возвратность части страховых взносов при добровольном медицинском страховании, если это определено условиями договора.

(Часть в редакции, введенной с 27 апреля 1993 года Законом Российской Федерации от 2 апреля 1993 года № 4741-1, - см. предыдущую редакцию).

Нормы, касающиеся обязательного медицинского страхования, устанавливаемые настоящим Законом и принятыми в соответствии с ним нормативными актами, распространяются на работающих граждан с момента заключения с ними трудового договора. Защиту интересов граждан осуществляют Советы Министров Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации, органы государственного управления автономной области, автономных округов, краев,

областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, местная администрация, профсоюзные, общественные или иные организации (объединения).

Статья 7. Права и обязанности лиц, не имеющих гражданства, в системе медицинского страхования

На территории Российской Федерации лица, не имеющие гражданства, имеют такие же права и обязанности в системе медицинского страхования, как и граждане Российской Федерации.

(Название и текст статьи в редакции, введенной с 27 апреля 1993 года Законом Российской Федерации от 2 апреля 1993 года № 4741-1, - см. предыдущую редакцию).

Статья 8. Медицинское страхование граждан Российской Федерации за границей и иностранных граждан на территории Российской Федерации

Медицинское страхование граждан Российской Федерации, находящихся за рубежом, осуществляется на основе двусторонних соглашений Российской Федерации со странами пребывания граждан. Медицинское страхование иностранных граждан, временно находящихся в Российской Федерации, осуществляется в порядке, устанавливаемом Советом Министров Российской Федерации. Иностранцы граждане, постоянно проживающие в Российской Федерации, имеют такие же права и обязанности в области медицинского страхования, как и граждане Российской Федерации, если международными договорами не предусмотрено иное.

Статья 9. Права и обязанности страхователя

Страхователь имеет право на: участие во всех видах медицинского страхования; свободный выбор страховой организации; осуществление контроля за выполнением условий договора медицинского страхования; возвратность части страховых взносов от страховой медицинской организации при добровольном медицинском страховании в соответствии с условиями договора. Предприятие-страхователь кроме прав, перечисленных в части первой настоящей статьи, имеет право на: привлечение средств из прибыли (доходов) предприятия на добровольное медицинское страхование своих работников.

(Часть в редакции, введенной с 27 апреля 1993 года Законом Российской Федерации от 2 апреля 1993 года № 4741-1, - см. предыдущую редакцию).

Страхователь обязан: заключать договор обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией; вносить страховые взносы в порядке, установленном настоящим Законом и договором медицинского страхования; в пределах своей компетенции принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействия на здоровье граждан; предоставлять страховой медицинской организации информацию о показателях здоровья контингента, подлежащего

страхованию.зарегистрироваться в качестве страхователя в территориальном фонде обязательного медицинского страхования в порядке, установленном статьей 9.1 настоящего Закона (абзац дополнительно включен с 1 января 2004 года Федеральным законом от 23 декабря 2003 года № 185-ФЗ).

Статья 9.1. Регистрация страхователей при обязательном медицинском страховании

Регистрация страхователей при обязательном медицинском страховании осуществляется в территориальных фондах обязательного медицинского страхования: страхователей - организаций и индивидуальных предпринимателей в пятидневный срок с момента представления в территориальные фонды обязательного медицинского страхования федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим государственную регистрацию юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, сведений, содержащихся соответственно в едином государственном реестре юридических лиц, едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей и представляемых в порядке, установленном уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти (абзац в редакции, введенной в действие с 1 января 2009 года Федеральным законом от 23 июля 2008 года № 160-ФЗ, - см. предыдущую редакцию); страхователей - нотариусов, занимающихся частной практикой, по месту их жительства на основании представляемого в срок не позднее 30 дней со дня назначения на должность нотариуса заявления о регистрации в качестве страхователя и представляемых одновременно с указанным заявлением копий документа, подтверждающего назначение на должность нотариуса, документа, удостоверяющего личность страхователя, документов, подтверждающих его регистрацию по месту жительства и постановку его на учет в налоговом органе (абзац в редакции, введенной в действие со 2 августа 2009 года Федеральным законом от 18 июля 2009 года № 185-ФЗ, - см. предыдущую редакцию); страхователей-адвокатов по месту их жительства (в случае осуществления ими деятельности в другом месте по месту осуществления этой деятельности) на основании представляемого в срок не позднее 30 дней со дня выдачи удостоверения адвоката заявления о регистрации в качестве страхователя и представляемых одновременно с заявлением копий удостоверения адвоката, документов, удостоверяющих личность страхователя и подтверждающих его регистрацию по месту жительства (абзац в редакции, введенной в действие с 1 января 2007 года Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 137-ФЗ, применяется к правоотношениям, регулируемым законодательством о налогах и сборах, возникшим после 31 декабря 2006 года, - см. предыдущую редакцию); страхователей - физических лиц, заключивших трудовые договоры с работниками, а также выплачивающих по договорам гражданско-правового характера вознаграждения, на которые в соответствии с законодательством Российской Федерации начисляются налоги в части, подлежащей зачислению в фонды обязательного медицинского страхования, по месту жительства указанных физических лиц на основании заявления о регистрации в качестве страхователя,

представляемого в срок не позднее 30 дней со дня заключения соответствующих договоров;

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

страхователей - органов государственной власти и органов местного самоуправления на основании заявления о регистрации в качестве страхователя, представляемого в срок не позднее 30 дней со дня их учреждения. Порядок регистрации страхователей в территориальном фонде обязательного медицинского страхования и форма свидетельства о регистрации страхователя устанавливаются уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти (часть в редакции, введенной в действие с 1 января 2009 года Федеральным законом от 23 июля 2008 года № 160-ФЗ, - см. предыдущую редакцию).

(Статья дополнительно включена с 1 января 2004 года Федеральным законом от 23 декабря 2003 года № 185-ФЗ)

Статья 10. Источники финансирования системы здравоохранения в Российской Федерации

Источниками финансовых ресурсов системы здравоохранения в Российской Федерации являются: средства республиканского (Российской Федерации) бюджета, бюджетов республик в составе Российской Федерации и бюджетов местных Советов народных депутатов; средства государственных и общественных организаций (объединений), предприятий и других хозяйствующих субъектов; личные средства граждан; безвозмездные и (или) благотворительные взносы и пожертвования; доходы от ценных бумаг; кредиты банков и других кредиторов; иные источники, не запрещенные законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации. Из этих источников формируются финансовые средства государственной, муниципальной систем здравоохранения и финансовые средства государственной системы обязательного медицинского страхования.

(Статья в редакции, введенной с 27 апреля 1993 года Законом Российской Федерации от 2 апреля 1993 года № 4741-1, - см. предыдущую редакцию)

Статья 11. Финансовые средства государственной, муниципальной систем здравоохранения

Финансовые средства государственной, муниципальной систем здравоохранения предназначены для реализации государственной политики в области охраны здоровья населения. Правительство Российской Федерации, правительства республик в составе Российской Федерации, органы государственного управления автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, местная администрация определяют размеры финансирования

государственной, муниципальной систем здравоохранения. Финансовые средства государственной, муниципальной систем здравоохранения используются для: финансирования мероприятий по разработке и реализации целевых программ, утвержденных Советами Министров Российской Федерации и республик в Российской Федерации, органами государственного управления автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, местной администрацией; обеспечения профессиональной подготовки кадров; финансирования научных исследований; развития материально-технической базы учреждений здравоохранения; субсидирования конкретных территорий с целью выравнивания условий оказания медицинской помощи населению по обязательному медицинскому страхованию; оплаты особо дорогостоящих видов медицинской помощи; финансирования медицинских учреждений, оказывающих помощь при социально значимых заболеваниях; оказания медицинской помощи при массовых заболеваниях, в зонах стихийных бедствий, катастроф и других целей в области охраны здоровья населения. Средства, не израсходованные в истекшем году, изъятию не подлежат и при утверждении ассигнований из бюджета на следующий год не учитываются
(Статья в редакции, введенной с 27 апреля 1993 года Законом Российской Федерации от 2 апреля 1993 года № 4741-1, - см. предыдущую редакцию)

Статья 12. Финансовые средства государственной системы обязательного медицинского страхования

Федеральным законом от 1 июля 1994 года № 9-ФЗ с 6 июля 1994 года внесено частичное изменение статьи 12:
направить в 1994 году в федеральный бюджет свободные по состоянию на конец каждого квартала средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования в сумме до 200 млрд. рублей для их использования на финансирование лечебных учреждений здравоохранения.

Финансовые средства государственной системы обязательного медицинского страхования формируются за счет отчислений страхователей на обязательное медицинское страхование. Для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования создаются Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные учреждения. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования создается Верховным Советом Российской Федерации и Правительством Российской Федерации и осуществляет свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

(Часть третья с 25 декабря 1993 года признана не действующей в части создания Федерального фонда обязательного медицинского страхования Верховным Советом Российской Федерации Указ Президента Российской Федерации от 24 декабря 1993 года № 2288). Территориальные фонды обязательного медицинского страхования создаются Верховными Советами республик в составе Российской Федерации и правительствами республик в составе Российской Федерации,

Советами народных депутатов автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга и соответствующими органами исполнительной власти и осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации, нормативными правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга. Фонды обязательного медицинского страхования предназначены для аккумулирования финансовых средств на обязательное медицинское страхование, обеспечения финансовой стабильности государственной системы обязательного медицинского страхования и выравнивания финансовых ресурсов на его проведение.

Финансовые средства фондов обязательного медицинского страхования находятся в государственной собственности Российской Федерации, не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат. Порядок сбора страховых взносов на обязательное медицинское страхование разрабатывается Правительством Российской Федерации и утверждается Верховным Советом Российской Федерации. Фонды обязательного медицинского страхования ведут базы данных и иные информационные ресурсы в сфере обязательного медицинского страхования граждан (часть дополнительно включена с 1 января 2007 года Федеральным законом от 29 декабря 2006 года № 258-ФЗ). Федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, определяет порядок формирования системы учета и отчетности, а также порядок и условия ведения баз данных и иных информационных ресурсов в системе обязательного медицинского страхования (часть дополнительно включена с 1 января 2007 года Федеральным законом от 29 декабря 2006 года № 258-ФЗ). (Статья в редакции, введенной с 27 апреля 1993 года Законом Российской Федерации от 2 апреля 1993 года № 4741-1, - см. предыдущую редакцию).

Статья 13. Налогообложение средств, направляемых на здравоохранение

Статья исключена с 30 июня 2002 года Федеральным законом от 29 мая 2002 года № 57-ФЗ;

действие распространяется на отношения, возникшие с 1 января 2002 года. -

См. предыдущую редакцию

РАЗДЕЛ 3. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Статья 14. Страховая медицинская организация

Страховыми медицинскими организациями выступают юридические лица, являющиеся самостоятельными хозяйствующими субъектами, с любыми, предусмотренными законодательством Российской Федерации формами собственности, обладающие необходимым для осуществления медицинского страхования уставным фондом и организующие свою деятельность в соответствии с законодательством, действующим на территории Российской Федерации.

Федерации. Страховые медицинские организации не входят в систему здравоохранения. Органы управления здравоохранением и медицинские учреждения не имеют права быть учредителями страховых медицинских организаций. Органы управления здравоохранением и медицинские учреждения имеют право владеть акциями страховых медицинских организаций. Суммарная доля акций, принадлежащих органам управления здравоохранением и медицинским учреждениям, не должна превышать 10 процентов общего пакета акций страховой медицинской организации.

Статья 15. Права и обязанности страховой медицинской организации

Страховая медицинская организация имеет право: свободно выбирать медицинские учреждения для оказания медицинской помощи и услуг по договорам медицинского страхования; Абзац утратил силу с 1 января 2007 года - Федеральный закон от 29 декабря 2006 года № 258-ФЗ - см. предыдущую редакцию; устанавливать размер страховых взносов по добровольному медицинскому страхованию; принимать участие в определении тарифов на медицинские услуги; предъявлять в судебном порядке иск медицинскому учреждению или (и) медицинскому работнику на материальное возмещение физического или (и) морального ущерба, причиненного застрахованному по их вине. Страховая медицинская организация обязана: осуществлять деятельность по обязательному медицинскому страхованию на некоммерческой основе (абзац дополнительно включен с 27 апреля 1993 года Законом Российской Федерации от 2 апреля 1993 года № 4741-1); заключать договоры с медицинскими учреждениями на оказание медицинской помощи застрахованным по обязательному медицинскому страхованию; заключать договоры на оказание медицинских, оздоровительных и социальных услуг гражданам по добровольному медицинскому страхованию с любыми медицинскими и иными учреждениями; с момента заключения договора медицинского страхования выдавать страхователю или застрахованному страховые медицинские полисы; осуществлять возвратность части страховых взносов страхователю или застрахованному, если это предусмотрено договором медицинского страхования; контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора; защищать интересы застрахованных. Страховые медицинские организации для обеспечения устойчивости страховой деятельности создают резервные фонды. Страховая медицинская организация не имеет права отказать страхователю в заключении договора обязательного медицинского страхования, который соответствует действующим условиям страхования.

Статья 16. Выдача лицензий на право заниматься медицинским страхованием

Государственная лицензия на право заниматься медицинским страхованием выдается органами Федеральной службы России по надзору за страховой деятельностью в соответствии с законодательством, действующим на территории Российской Федерации.

(Статья в редакции, введенной с 27 апреля 1993 года Законом Российской Федерации от 2 апреля 1993 года № 4741-1, - см. предыдущую редакцию).

Статья 17. Страховые взносы на медицинское страхование

Страховые взносы устанавливаются как ставки платежей по обязательному медицинскому страхованию в размерах, обеспечивающих выполнение программ медицинского страхования и деятельность страховой медицинской организации. Платежи на обязательное медицинское страхование неработающего населения осуществляют Советы Министров республик в составе Российской Федерации, органы государственного управления автономной области, 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 (часть в редакции, введенной с 27 апреля 1993 года Законом Российской Федерации от 2 апреля 1993 года № 4741-1, - см. предыдущую редакцию). При недостатке средств местного бюджета страховые взносы дотируются за счет соответствующих бюджетов в порядке, установленном Советом Министров Российской Федерации. Часть утратила силу с 1 января 2010 года - Федеральный закон от 24 июля 2009 года № 213-ФЗ. - См. предыдущую редакцию. Часть исключена с 27 апреля 1993 года Законом Российской Федерации от 2 апреля 1993 года № 4741-1. - См. предыдущую редакцию. Добровольное медицинское страхование осуществляется за счет прибыли (доходов) предприятий и личных средств граждан путем заключения договора. Размеры страховых взносов на добровольное медицинское страхование устанавливаются по соглашению сторон. Часть, дополнительно включенная с 27 апреля 1993 года Законом Российской Федерации от 2 апреля 1993 года № 4741-1, утратила силу с 1 января 2010 года - Федеральный закон от 24 июля 2009 года № 213-ФЗ. - См. предыдущую редакцию. Часть, дополнительно включенная с 1 января 2007 года Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 137-ФЗ, утратила силу с 1 января 2010 года - Федеральный закон от 24 июля 2009 года № 213-ФЗ. - См. предыдущую редакцию.

Статья 18. Налогообложение страховых медицинских организаций

На страховые медицинские организации распространяется действующее на территории Российской Федерации законодательство по налогообложению.

Статья 19. Реорганизация и ликвидация страховых медицинских организаций

Страховые медицинские организации реорганизуются и ликвидируются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

РАЗДЕЛ 4. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Статья 20. Права и обязанности медицинских учреждений

Медицинскую помощь в системе медицинского страхования оказывают медицинские учреждения с любой формой собственности. Они являются самостоятельно хозяйствующими субъектами и строят свою деятельность на основе договоров со страховыми медицинскими организациями (часть в редакции, введенной в действие с 1 января 2007 года Федеральным законом от 29 декабря 2006 года № 258-ФЗ, - см. предыдущую редакцию). Медицинские учреждения реализуют программы добровольного медицинского страхования без ущерба для программ обязательного медицинского страхования (часть в редакции, введенной в действие с 1 января 2007 года Федеральным законом от 29 декабря 2006 года № 258-ФЗ, - см. предыдущую редакцию). Медицинские учреждения, выполняющие программы медицинского страхования, имеют право оказывать медицинскую помощь и вне системы медицинского страхования. Медицинские учреждения в системе медицинского страхования имеют право на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность застрахованных.

Статья 21. Лицензирование и аккредитация медицинских учреждений

Статья утратила силу с 1 января 2007 года -
Федеральный закон от 29 декабря 2006 года № 258-ФЗ. -
См. предыдущую редакцию

Статья 22. Программы обязательного медицинского страхования

Базовую программу обязательного медицинского страхования разрабатывает Министерство здравоохранения Российской Федерации и утверждает Совет Министров Российской Федерации. На основе базовой программы Советы Министров республик в составе Российской Федерации, органы государственного управления автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, местная администрация утверждают территориальные программы обязательного медицинского страхования. Объем и условия оказания медицинской помощи, предусматриваемые территориальными программами, не могут быть ниже установленных в базовой программе.

Статья 23. Договор на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по медицинскому страхованию

Договор на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) - это соглашение, по которому медицинское учреждение обязуется предоставлять застрахованному контингенту медицинскую помощь определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках программ медицинского страхования (часть в редакции, введенной с 27 апреля 1993 года Законом Российской Федерации от 2 апреля 1993 года № 4741-1, - см. предыдущую редакцию). Взаимоотношения сторон определяются условиями договора. Договор должен содержать: наименование сторон; численность застрахованных; виды лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг); стоимость работ и порядок расчетов; порядок контроля качества медицинской помощи и

использования страховых средств; ответственность сторон и иные не противоречащие законодательству Российской Федерации условия.

Статья 24. Тарифы на услуги в системе медицинского страхования

Тарифы на медицинские услуги при обязательном медицинском страховании определяются соглашением между страховыми медицинскими организациями, Советами Министров республик в составе Российской Федерации, органами государственного управления автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, местной администрацией и профессиональными медицинскими ассоциациями. Тарифы должны обеспечивать рентабельность медицинских учреждений и современный уровень медицинской помощи. Тарифы на медицинские и иные услуги при добровольном медицинском страховании устанавливаются по соглашению между страховой медицинской организацией и предприятием, организацией, учреждением или лицом, предоставляющими эти услуги.

Статья 25. Налогообложение медицинских учреждений

Статья исключена с 30 июня 2002 года Федеральным законом от 29 мая 2002 года № 57-ФЗ;

действие распространяется на отношения, возникшие с 1 января 2002 года. - См. предыдущую редакцию

РАЗДЕЛ 5. РЕГУЛИРОВАНИЕ ОТНОШЕНИЙ СТОРОН В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Статья 26. Регулирование отношений субъектов медицинского страхования

Отношения субъектов медицинского страхования регулируются настоящим Законом, законодательством Российской Федерации и другими нормативными актами, а также условиями договоров, заключенных между субъектами медицинского страхования. Споры по медицинскому страхованию разрешаются судами в соответствии с их компетенцией и в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Статья 27. Ответственность сторон в системе медицинского страхования

Часть утратила силу с 1 января 2010 года - Федеральный закон от 24 июля 2009 года № 213-ФЗ. - См. предыдущую редакцию. Медицинские учреждения в соответствии с законодательством Российской Федерации и условиями договора несут ответственность за объем и качество предоставляемых медицинских услуг и за отказ в оказании медицинской помощи застрахованной стороне. В случае нарушения медицинским учреждением условий договора страховая медицинская организация вправе частично или полностью не возмещать затраты по оказанию медицинских услуг. Страховая организация несет правовую и материальную

ответственность перед застрахованной стороной или страхователем за невыполнение условий договора медицинского страхования. Материальная ответственность предусматривается условиями договора медицинского страхования. Оплата услуг медицинских учреждений страховыми организациями производится в порядке и сроки, предусмотренные договором между ними, но не позднее месяца с момента представления документа об оплате. Ответственность за несвоевременность внесения платежей определяется условиями договора медицинского страхования. За необоснованный отказ в заключении договора обязательного медицинского страхования страховая медицинская организация по решению суда может быть лишена лицензии на право заниматься медицинским страхованием.

Статья 28. Право страховой медицинской организации
на возмещение расходов

Страховая медицинская организация имеет право требовать от юридических или физических лиц, ответственных за причиненный вред здоровью гражданина, возмещения ей расходов в пределах суммы, затраченной на оказание застрахованному медицинской помощи, за исключением случаев, когда вред причинен страхователем.

Председатель Верховного Совета
Российской Федерации
Б.Н.Ельцин

Москва, Дом Советов России

28 июня 1991 года

№ 1499-1

ВЕРХОВНЫЙ СОВЕТ РСФСР ПОСТАНОВЛЕНИЕ О порядке введения в действие
Закона РСФСР "О медицинском страховании граждан в РСФСР"

С изменениями от 22 мая 1992 года

Утратило силу с 1 января 2011 года на основании
Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ

Документ с изменениями, внесенными:
постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 22 мая 1992 года №
2821-1.

Верховный Совет РСФСР постановляет :

1. Ввести в действие Закон РСФСР "О медицинском страховании граждан в РСФСР" с 1 января 1993 года.

2. Статьи 14, 16 и 18, части пятую, шестую статьи 1, части третью, четвертую статьи 2, части первую, вторую, третью, четвертую, пятую, седьмую статьи 4, часть первую статьи 5, части первую, вторую, третью статьи 15, части шестую, седьмую статьи 17, часть вторую статьи 24, части третью, четвертую статьи 27 ввести в действие с 1 октября 1991 года.

3. Совету Министров РСФСР: 1) Разработать и утвердить до 20 сентября 1991 года: - положение о медицинских страховых организациях; - положение о порядке лицензирования на право заниматься медицинским страхованием; - базовую программу обязательного медицинского страхования и соответствующий ей размер страхового взноса; - форму типовых договоров обязательного и добровольного медицинского страхования, порядок и условия их заключения; - форму страхового медицинского полиса и инструкцию о его ведении; - порядок дотирования местных бюджетов на обязательное медицинское страхование неработающего населения; 2) Осуществить контроль за приведением деятельности предприятий, учреждений, организаций, независимо от форм собственности, и других юридических лиц, осуществляющих добровольное медицинское страхование, в соответствие с Законом РСФСР "О медицинском страховании граждан в РСФСР" в части, предусмотренной пунктом 2 настоящего постановления.

4. Комитету Верховного Совета РСФСР по охране здоровья, социальному обеспечению и физической культуре в связи с введением в действие данного Закона представить Верховному Совету РСФСР предложения о внесении изменений и дополнений к законодательным актам, действующим на территории РСФСР.

5. Президиуму Верховного Совета РСФСР при обращении Верховных Советов республик в составе РСФСР, краевых, областных Советов народных депутатов разрешать досрочное введение на их территориях настоящего Закона.

Во изменение пункта 5 настоящего постановления разрешено введение в действие с 1 июня 1992 года настоящего Закона Верховными Советами республик в составе Российской Федерации, Советами народных депутатов автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга по представлению органов исполнительной власти соответствующих территорий - постановление Верховного Совета Российской Федерации от 22 мая 1992 года № 2821-1.

Председатель
Верховного Совета РСФСР
Б.Н.Ельцин

Москва, Дом Советов РСФСР
28 июня 1991 года
№ 1500-1