Константин Акилов, советник по правовым вопросам, к.ю.н, СК «Оранта»



Штрафы – для страховщиков, квоты – для бланков

За последние 2 месяца 2010 года в страховом законодательстве произошли следующие изменения. Был принят Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Документ вступил в силу с 1 января 2011 года, за исключением отдельных положений, вступающих в силу с 1 января 2012 года. Новым законом регулируются правоотношения и устанавливаются основные принципы, связанные с осуществлением обязательного медицинского страхования (ОМС), декларируется доступность медицинской помощи. В частности, гарантируется бесплатное ее оказание любому застрахованному лицу на всей территории России в объеме базовой программы ОМС, а также в объеме территориальной программы ОМС, действующей на территории субъекта РФ, в котором выдан полис ОМС.
Законом также определен правовой статус и полномочия фондов ОМС, страховых медицинских организаций (СМО) и медицинских

организаций в системе ОМС; их права, обязанности и ответственность, а также права и обязанности застрахованных лиц и страхователей

Лечебное учреждение можно выбирать

К наиболее социально значимым положениям документа следует отнести предоставление застрахованным лицам права на выбор (один раз в течение календарного года либо чаще, например, в случае изменения места жительства) СМО и ее замену, а также права на выбор организации из числа, участвующих в системе ОМС. Это позволит гражданам получать медицинскую помощь в тех лечебных учреждениях, которым они доверяют, создаст конкуренцию между учреждениями, которые смогут напрямую зарабатывать деньги из территориальных фондов ОМС, укреплять материально-техническую базу, поддерживать высокий профессиональный уровень персонала. Минздравсоцразвития разработан проект правил ОМС, которыми будут утверждены порядок выбора и замены СМО, единые требования к полису ОМС, порядок ведения реестра страховщиков и медицинских организаций и другие регламенты. Введение страхового полиса, удостоверяющего право на бесплатную медицинскую помощь на всей территории РФ, означает, что работодатели и органы власти (для неработающего населения) перестанут проводить конкурсы по выбору страховых компаний.

Электронная карта вместо полиса

В течение 2011—2012 гг. предусматривается постепенная замена полисов ОМС. Одновременно будет создана единая информационная база застрахованных лиц. Предполагается, что полисы ОМС станут приложениями к универсальным электронным картам. Такие



карты начнут выдаваться гражданам с 2012 г. и станут документом, удостоверяющим личность и права застрахованного в системах обязательного страхования.

Установлен порядок осуществления персонифицированного (индивидуального) учета в системе ОМС, а также процедуры взаимодействия медицинской организации, СМО и территориального фонда в системе персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу.

Тарифы, взносы, договоры

В новом законе урегулированы вопросы финансового обеспечения ОМС, в том числе, установлен порядок формирования средств и расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС; определены сроки уплаты страховых взносов; установлена ответственность за нарушения в этой части. Законодательно устанавливается система договоров и механизм осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам.

Так, по новому закону, медицинская организация в системе ОМС должна работать на основе договора о финансовом обеспечении, заключаемого с территориальным

фондом ОМС, и договора об оказании и оплате медпомощи, заключаемого с медучреждением. СМО должна иметь лицензию ФССН и может заниматься только обязательным и добровольным медицинским страхованием.

Важным положением нового закона двидется ограничение велици-

на является ограничение величины расходов на ведение дела медицинских страховщиков. Расходы не могут быть менее 1% и более 2% от суммы средств, поступивших страховщику из территориального фонда ОМС по дифференцированным подушевым нормативам. В период 2011 - 2012 годов предусматривается выделение средств ОМС на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ и программ модернизации федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь.

Медики обязаны...

Новый закон позволяет штрафовать страховщиков. Так, с 2011 г. при нарушении установленных договором о финансовом обеспечении сроков предоставления данных о застрахованных, а также сведений об изменении этих данных СМО обязана уплатить территориальному фонду ОМС штраф в размере 3000 рублей. За невыполнение условий договора о контроле объемов, сроков,

качества и условий предоставления медпомощи СМО обязана уплатить штраф в размере 10% от выделенных ей средств РВД. Кроме того, с 2012 г. страховщиков будут штрафовать за использование выделенных средств не по целевому назначению. Штраф составит 10% от их объема.

В связи с принятием данного Закона внесены изменения в следуюшие законодательные акты: Закон РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации», ФЗ «Об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования», Бюджетный кодекс РФ, Налоговый кодекс РФ, КоАП РФ, ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования», ФЗ «Об обращении лекарственных средств».

Поправками, в частности, изменяются требования к минимальному размеру уставного капитала страховщика, осуществляющего исключительно медицинское страхование. Уточняется порядок предоставления сведений о застрахованных лицах, корректи-

руются порядок и условия предоставления межбюджетных трансфертов. Кроме этого, вносятся изменения в перечень льгот по некоторым налогам в отношении



сумм, выплачиваемых в системе ОМС, устанавливается ответственность за нарушения законодательства в сфере ОМС, изменяются тарифы страховых взносов для отдельных категорий плательщиков, уточняются процедуры проведения клинических исследований лекарственных препаратов.

Недобросовестных – под контроль

В конце года также был принят Федеральный закон от 28.12.2010 № 392-ФЗ «О внесении изменений в статьи 25 и 26 Федерального закона «Об обязательном страховании гражданской

ответственности владельцев транспортных средств».

Данными изменениями Российский союз автостраховщиков (РСА), как профессиональное объединение, наделен функцией регулятора правоотношений в области ОСАГО в части организации обеспечения своих членов бланками страховых полисов в рамках международных систем и полисов ОСАГО.

Цель изменений – ввести механизм, позволяющий квотировать изготовление бланков и приостанавливать их отгрузку. Это необходимо, чтобы предотвратить негативные последствия от деятельности недобросовестных страховых организаций. РСА будет обеспечивать своих членов бланками ОСАГО и бланками, используемыми при осущест-



влении операций по страхованию в рамках международных систем страхования, а также будет контролировать использование этих документов. Прежде это осуществлялось на основании Правил профессиональной деятельности членов РСА, и не было закреплено на законодательном уровне.

Кроме того, профессиональным объединением страховщиков будет устанавливаться порядок обеспечения членов РСА бланками полисов ОСАГО и правила использования данных бланков в зависимости от их финансовой устойчивости, платежеспособности, членства в профессиональном объединении страховщиков по согласованию с ФССН и ФАС России.

Все антимонопольнее и антимонопольнее...

За последние два месяца 2010 года изменения произошли и в антимонопольном законодательстве. Так, постановлением Правительства РФ от 3 декабря 2010 г. № 968 «О внесении изменений в общие исключения в отношении соглашений между кредитными и страховыми организациями» запрещены соглашения между хозяйствующими субъектами, приводящие к ограничению конкуренции.

Данным постановлением на пятилетний срок приняты антимоно-

польные требования к соглашениям, определяющим порядок взаимодействия банков и страховых организаций при страховании рисков заемщиков в рамках реализации программ ипотечного кредитования.

При страховании рисков заемщиков (за исключением страхования ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по возврату кредита) допустимым требованием к предоставлению страховой услуги является следующее условие. Заемщик обязан заключать договор страхования рисков на срок, равный сроку кредитования, если согласно договору внесение страховой премии возможно в рассрочку с уплатой очередного взноса не реже одного раза в год.

Банк теперь обязан утверждать исчерпывающий перечень сведений и документов, которые страховая организация должна представить для проведения проверки. Определены сроки проведения такой проверки. Так, для рассмотрения банком представленных страховой организацией сведений и документов для проверки – не более 60 ра-



бочих дней, для направления мотивированного ответа страховой организации о ее соответствии/несоответствии установленным требованиям – не более 10 рабочих дней со дня принятия решения. Постановлением также дополнен перечень недопустимых условий соглашений. Нельзя, в частности, обязывать страховую организацию размещать денежные средства на депозитах и в ценные бумаги кредитной организации, поддерживать остатки финансов на счетах, а также обороты средств по расчетным счетам.