

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ПИСЬМО

от 12 апреля 2012 г. N 2490/30-3/и

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования направляет Методические рекомендации о возмещении страховой медицинской организацией ущерба, причиненного застрахованному лицу в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи, для использования в работе, и просит довести их до сведения руководителей страховых медицинских организаций и медицинских организаций.

Председатель
А.В.ЮРИН

Приложение

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ О ВОЗМЕЩЕНИИ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ УЩЕРБА, ПРИЧИНЕННОГО ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ В СВЯЗИ С НЕИСПОЛНЕНИЕМ ИЛИ НЕНАДЛЕЖАЩИМ ИСПОЛНЕНИЕМ ЕЮ ОБЯЗАННОСТЕЙ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1. Общие положения

Методические рекомендации о возмещении страховой медицинской организацией ущерба, причиненного застрахованному лицу в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи (далее - Методические рекомендации) подготовлены в целях реализации пункта 8 части 1 статьи 16 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (далее - Федеральный закон) <*>.

<*> Собрание законодательства Российской Федерации, 06.12.2010, N 49, ст. 6422.

Методические рекомендации обеспечивают реализацию мероприятий, направленных на защиту прав застрахованных лиц и возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного застрахованному лицу в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Для целей настоящих Методических рекомендаций используются следующие основные понятия:

1) ущерб - имущественный ущерб, вред жизни, здоровью застрахованного лица, а также моральный вред;

2) застрахованное лицо - физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с Федеральным законом <*>;

<*> Статья 3 Федерального закона.

3) представитель застрахованного лица (далее - представитель) - законный представитель или представитель по доверенности, оформленной в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации <*>;

<*> Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 N 51-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 05.12.1994, N 32, ст. 3301).

4) обязанности страховой медицинской организации - действия страховой медицинской организации в отношении застрахованных лиц, предусмотренные законодательством Российской Федерации и условиями договоров, заключенных в сфере обязательного медицинского страхования.

2. Гарантии обеспечения прав застрахованных лиц

Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" определено, что государство гарантирует охрану здоровья граждан, соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий в соответствии с Конституцией Российской Федерации, общепризнанными принципами и нормами международного права, законами и иными нормативными правовыми актами субъекта Российской Федерации.

В соответствии с Федеральным законом государство гарантирует соблюдение прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования и исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования независимо от финансового положения страховщика.

Застрахованное лицо имеет право на возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением страховой медицинской организацией обязанностей по организации предоставления медицинской помощи.

3. Ответственность страховой медицинской организации за неисполнение или ненадлежащее исполнение ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи

Страховая медицинская организация несет ответственность перед застрахованным лицом в виде возмещения ущерба, если не докажет, что ущерб произошел вследствие обстоятельств, которые страховая медицинская организация не могла предотвратить и устранение которых от нее не зависело <*>.

<*> Часть 2 статьи 1064 Гражданского кодекса Российской Федерации (часть вторая) от 26.01.1996 N 14-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 29.01.1996, N 5, ст. 410).

4. Перечень оснований для предъявления претензии или иска о возмещении ущерба

Основанием для предъявления застрахованным лицом (представителем) претензии или иска страховой медицинской организации является нарушение ею прав застрахованного лица, повлекшее причинение ущерба застрахованному лицу, в результате:

1) невыполнения или ненадлежащего выполнения страховой медицинской организацией условий договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования:

- необоснованный отказ в оформлении, переоформлении, выдаче полиса обязательного медицинского страхования, несоблюдение сроков обеспечения полисом обязательного медицинского страхования по вине страховой медицинской организации;

- необоснованный отказ в приеме заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации от застрахованного лица;

- несоблюдение сроков регистрации граждан в качестве застрахованного лица;

- превышение полномочий по сбору, обработке данных персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, а также ненадлежащее обеспечение их сохранности и конфиденциальности;

- отказ в предоставлении информации либо предоставление недостоверной информации застрахованному лицу по его обращению о видах, качестве и об условиях предоставления ему медицинской помощи медицинскими организациями, о выявленных нарушениях при оказании ему медицинской помощи, о его праве на выбор медицинской организации, о необходимости обращения за получением полиса обязательного медицинского страхования, а также об обязанностях застрахованного лица в соответствии с Федеральным **законом**;

- неуведомление, несоблюдение сроков уведомления застрахованных лиц о намерении расторгнуть договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

- отказ застрахованному лицу в осуществлении по его жалобе либо ненадлежащее осуществление по жалобе застрахованного лица 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;

- неинформирование застрахованных лиц о нарушениях при оказании им медицинской помощи, выявленных по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи <*>;

<*> [Часть 12 статьи 40](#) Федерального закона.

необоснованный отказ в рассмотрении либо несвоевременное рассмотрение обращений и жалоб граждан, а также отказ в защите прав и законных интересов застрахованных лиц в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

2) невыполнения или ненадлежащего выполнения страховой медицинской организацией условий договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию:

- отказ застрахованному лицу в организации или несвоевременная организация по обращению застрахованного лица оказания медицинской помощи ему в другой медицинской организации в случаях ликвидации медицинской организации, утраты права на осуществление медицинской деятельности, банкротства или иных предусмотренных законодательством Российской Федерации случаев;

3) отказа в заключении договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию медицинской организации, выбранной застрахованным лицом и включенной в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

4) других нарушений, ущемляющих права и законные интересы застрахованных лиц, гарантированные **законодательством** Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования.

5. Размер причиненного ущерба

В результате неисполнения или ненадлежащего исполнения страховой медицинской организацией обязанностей по организации предоставления медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации застрахованному лицу может быть причинен ущерб.

При причинении вреда здоровью 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 <*>.

<*> [Часть 1 статьи 1085](#) Гражданского кодекса Российской Федерации (часть вторая) от 26.01.1996 N 14-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 29.01.1996, N 5, ст. 410).

Имущественный ущерб выражается в причинении убытков застрахованному лицу.

Убытки подлежат возмещению в соответствии с Гражданским [кодексом](#) Российской Федерации.

Под убытками понимаются расходы, которые лицо, чье право нарушено, произвело или должно будет произвести для восстановления нарушенного права, утрата или повреждение его имущества (реальный ущерб), а также неполученные доходы, которые это лицо получило бы при обычных условиях гражданского оборота, если бы его право не было нарушено (упущенная выгода) <*>.

<*> [Часть 2 статьи 15](#) Гражданского кодекса Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 N 51-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 05.12.1994, N 32, ст. 3301).

Расходы либо расчет предстоящих расходов должны быть подтверждены документально.

6. Способы защиты прав застрахованных лиц

Возможен внесудебный и судебный способы защиты прав застрахованных лиц.

Возмещение убытков может осуществляться как в добровольном порядке, так и по решению суда.

Решение о возмещении морального вреда пострадавшему принимает только суд по иску пострадавшего.

При избрании застрахованным лицом досудебного способа защиты он может обратиться с претензией, содержащей требование о возмещении убытка, в страховую медицинскую организацию. Это не лишает его права в любое время обратиться с иском в суд.

Судебный способ защиты может быть избран застрахованным лицом и без досудебного урегулирования претензий. Иск может быть подан застрахованным лицом по месту его регистрации или месту причинения ущерба.

6.1. Внесудебный порядок рассмотрения споров

Застрахованное лицо предъявляет претензию в страховую медицинскую организацию, не исполняющую или ненадлежащим образом исполняющую, по мнению застрахованного лица, обязанности по организации предоставления медицинской помощи.

Претензия должна содержать:

- 1) полное наименование, местонахождение страховой медицинской организации, к которой предъявляется претензия;
- 2) фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии), сведения о месте жительства застрахованного лица, сведения о месте нахождения застрахованного лица, а также номер (номера) контактного телефона, адрес (адреса) электронной почты (при наличии) и почтовый адрес, по которым должен быть направлен ответ застрахованному лицу;
- 3) данные о полисе обязательного медицинского страхования застрахованного лица;
- 4) сведения о причинении застрахованному лицу ущерба;
- 5) сумму ущерба, подлежащего возмещению;
- 6) почтовый адрес или адрес электронной почты, по которому должен быть направлен ответ.

Претензия подлежит обязательной регистрации в течение 3 (трех) календарных дней с момента поступления в страховую медицинскую организацию. В случае поступления претензии в день, предшествующий праздничным или выходным дням, регистрация ее производится в рабочий день, следующий за праздничным или выходным днем.

Претензия остается без рассмотрения в следующих случаях:

- 1) в претензии не указаны фамилия, имя застрахованного лица, направившего претензию, и почтовый адрес, по которому должен быть направлен ответ;
- 2) в претензии содержатся нецензурные либо оскорбительные выражения, угрозы жизни, здоровью и имуществу работнику страховой медицинской организации, а также членов его семьи. В данном случае страховая медицинская организация направляет уведомление застрахованному лицу, направившему претензию, о недопустимости злоупотребления правом;
- 3) претензия не поддается прочтению. В данном случае претензия не подлежит направлению на рассмотрение, о чем страховая медицинская организация уведомляет застрахованное лицо, если его фамилия и почтовый адрес поддаются прочтению.

К претензии должны быть приложены копии документов, подтверждающих право на предъявление претензии, и документов, подтверждающих ущерб и стоимость ущерба.

Во внесудебном порядке застрахованное лицо имеет право обратиться с претензией в письменной форме по почте, с использованием информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", а также претензия может быть принята при личном приеме застрахованного лица (представителя).

Страховая медицинская организация обязана рассмотреть претензию и в письменной форме уведомить застрахованное лицо об удовлетворении, частичном удовлетворении или отклонении претензии в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня регистрации претензии.

В случаях, если претензия содержит нецензурные, либо оскорбительные выражения, угрозы жизни, здоровью и имуществу работнику страховой медицинской организации, а также членов его семьи или не поддается прочтению, уведомление об отказе в рассмотрении претензии направляется застрахованному лицу в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня регистрации претензии.

В случае, если по претензии застрахованного лица требуется расследование, проверка или принятие других мер, сроки рассмотрения претензии могут быть продлены по решению руководителя страховой медицинской организации, но не более чем на 30 (тридцать) календарных дней. При этом в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня регистрации претензии ее автору письменно сообщается о принятых мерах и о продлении срока рассмотрения претензии с указанием причин его продления.

По результатам рассмотрения претензии руководитель страховой медицинской организации принимает одно из следующих решений:

- 1) удовлетворяет претензию;
- 2) частично удовлетворяет претензию;
- 3) отказывает в удовлетворении претензии.

Возмещение ущерба осуществляется страховой медицинской организацией за счет собственных средств.

Не позднее дня, следующего за днем принятия решения, застрахованному лицу направляется мотивированный ответ о результатах рассмотрения претензии в письменной форме и, по желанию застрахованного лица, в электронной форме.

При частичном удовлетворении или отклонении претензии в уведомлении должны быть указаны основания принятого решения. В этом случае представленные вместе с претензией документы возвращаются застрахованному лицу.

В случае установления в ходе или по результатам рассмотрения претензии признаков состава административного правонарушения или преступления, руководитель страховой медицинской организации незамедлительно направляет имеющиеся материалы в правоохранительные органы.

Застрахованное лицо имеет право обжаловать решение, действия (бездействие) страховой медицинской организации, работника страховой медицинской организации в территориальном фонде обязательного медицинского страхования.

6.2. Рассмотрение споров в суде

Оформление и процедура предъявления иска осуществляется в соответствии с общими процессуальными требованиями, установленными Гражданским процессуальным кодексом Российской Федерации.

Защита прав застрахованных лиц может осуществляться посредством третейского суда, который создается по соглашению сторон, участвующих в споре.

Решение третейского суда является обязательным для сторон, участвующих в споре, однако не исключает последующее обращение одной из сторон в суд общей юрисдикции.

При наличии решения третейского суда возмещение ущерба осуществляется страховой медицинской организацией за счет собственных средств.

При отказе третейского суда в возмещении ущерба застрахованное лицо вправе обратиться в суд.

7. Заключение

Уменьшение платежей по договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, а также уплата страховой медицинской организацией штрафов за нарушение договорных обязательств не освобождает страховую медицинскую организацию от возмещения застрахованному лицу ущерба, причиненного в связи с неисполнением либо ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи.

Возмещение страховой медицинской организацией ущерба застрахованному лицу не освобождает ее работников от возможного привлечения их к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности в соответствии с действующим законодательством.

В соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации страховая медицинская организация, возместившая ущерб застрахованного лица, вправе предъявить регрессное требование к работнику, действия которого при исполнении служебных или должностных обязанностей послужили причиной ущерба застрахованному лицу. Материальная ответственность за ущерб, причиненный страховой медицинской организации при

исполнении трудовых обязанностей, возлагается на работника при условии, если ущерб причинен по его вине. Эта ответственность ограничивается определенной частью заработка работника и не должна превышать полного размера причиненного ущерба. Недопустимо возложение на работника ответственности за такой ущерб, который может быть отнесен к категории нормального хозяйственного риска <*>.

<*> [Статья 239](#) Трудового кодекса Российской Федерации от 30.12.2001 N 197-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации 07.01.2002, N 1 (ч. I), ст. 3).
