

Утверждаю
Директор Московского городского
фонда обязательного
медицинского страхования,
академик РАМН
А.В.РЕШЕТНИКОВ
27 мая 2013 г.

Утверждаю
Первый заместитель
руководителя Департамента
здравоохранения города Москвы,
доктор медицинских наук
Н.Ф.ПЛАВУНОВ
10 июня 2013 г.

Согласовано
Заместитель руководителя
Департамента здравоохранения
города Москвы
Т.Р.МУХТАСАРОВА
6 июня 2013 г.

Согласовано
Председатель Бюро
Ученого медицинского совета
Департамента здравоохранения
города Москвы,
доктор медицинских наук
Л.Г.КОСТОМАРОВА
30 мая 2013 г.

**МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ
ДЛЯ СОТРУДНИКОВ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, РАБОТАЮЩИХ
В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ, В ВОПРОСАХ И ОТВЕТАХ**

Введение

Данное методическое пособие разработано для медицинского персонала медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования города Москвы, и оказывающих бесплатную медицинскую помощь застрахованным по обязательному медицинскому страхованию. В пособии представлены наиболее актуальные вопросы по обязательному медицинскому страхованию на сегодняшний день и ответы на них.

В целях лучшего усвоения материала вопросы распределены по разделам, каждый из которых содержит ответы на них по соответствующим темам. Материал изложен таким образом, что для разрешения возникших вопросов достаточно ознакомиться с нормативно-правовыми документами, на которые идет ссылка в ответе.

В пособие также включено Приложение с перечнем нормативных правовых актов федерального уровня и города Москвы, которые регламентируют деятельность в системе обязательного медицинского страхования в Российской Федерации и в г. Москве (не приводится).

Раздел 1. Общие положения

Вопрос 1. Понятие обязательного медицинского страхования.

Ответ. Обязательное медицинское страхование - вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и при наступлении страхового случая организационных мер, которые направлены на обеспечение гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных указанным Федеральным законом случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования. (Ст. 3 Федерального закона от 29.11.2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации").

Вопрос 2. Основные принципы осуществления обязательного медицинского страхования.

Ответ. Основными принципами осуществления обязательного медицинского страхования являются:

1) обеспечение за счет средств ОМС гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской

помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной и базовой программ обязательного медицинского страхования;

2) устойчивость финансовой системы обязательного медицинского страхования, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам ОМС;

3) обязательность уплаты страхователями страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размерах, установленных федеральными законами;

4) государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы ОМС независимо от финансового положения страховщика;

5) создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования;

6) паритетность (равенство) представительства субъектов ОМС и участников ОМС в органах управления обязательного медицинского страхования. (Ст. 4 ОМС - обязательное медицинское страхование Федерального закона от 29.11.2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации").

Раздел 2. Полномочия Российской Федерации и субъектов Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования

Вопрос 1. Права и обязанности уполномоченного федерального органа исполнительной власти по осуществлению переданных полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Ответ. В соответствии с ч. 1 ст. 7 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" уполномоченный федеральный орган исполнительной власти осуществляет следующие права и обязанности:

1) издает нормативные правовые акты и методические указания по осуществлению органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий;

2) ведет 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 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:

а) об устранении выявленных нарушений;

б) о привлечении к установленной законодательством Российской Федерации ответственности должностных лиц органов государственной власти субъектов Российской Федерации и территориальных фондов;

4) готовит и направляет высшему должностному лицу субъекта Российской Федерации (руководителю высшего исполнительного органа государственной власти субъекта РФ) предложения об отстранении от должности должностных лиц органов государственной власти субъектов Российской Федерации и территориальных фондов;

5) вправе устанавливать целевые прогнозные показатели по осуществлению переданных полномочий;

6) утверждает правила обязательного медицинского страхования, в том числе методику расчета тарифов на оплату медицинской помощи и порядок оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

7) определяет порядок ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования;

8) готовит и направляет в Правительство Российской Федерации предложения об изъятии соответствующих полномочий у органов государственной власти субъектов Российской Федерации;

9) устанавливает порядок возмещения субвенций, предоставленных из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов для осуществления соответствующих полномочий, и др.

Вопрос 2. Права и обязанности Федерального фонда ОМС по осуществлению переданных полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Ответ. В соответствии с ч. 2 ст. 7 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" Федеральный фонд ОМС осуществляет следующие права и обязанности по осуществлению полномочий, переданных в соответствии с частью 1 статьи 6 Федерального закона:

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

2) предоставляет субвенции из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов для финансового обеспечения осуществления полномочий, переданных в соответствии с частью 1 статьи 6 настоящего Федерального закона;

3) осуществляет контроль за уплатой страховых взносов на обязательное медицинское страхование

неработающего населения, в том числе проводит проверку деятельности территориальных фондов по выполнению функций администратора доходов бюджета Федерального фонда, поступающих от уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, вправе начислять и взыскивать со страхователей для неработающих граждан недоимку по указанным страховым взносам, пени и штрафы;

4) устанавливает формы отчетности в сфере ОМС и порядок ее ведения;

5) устанавливает порядок осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам;

6) осуществляет контроль за соблюдением законодательства об обязательном медицинском страховании и за использованием средств обязательного медицинского страхования, в том числе проводит проверки и ревизии;

7) осуществляет контроль за функционированием информационных систем и порядком информационного взаимодействия в сфере ОМС;

8) согласовывает структуру территориальных фондов, назначение на должность и освобождение от должности руководителей территориальных фондов, а также нормативы расходов на обеспечение выполнения территориальными фондами своих функций.

Раздел 3. Субъекты и участники обязательного медицинского страхования

Вопрос 1. Кто из нижеперечисленных относится к субъектам, а кто к участникам обязательного медицинского страхования?

1) страхователи;

2) страховые медицинские организации;

3) застрахованные лица;

4) Федеральный фонд;

5) территориальные фонды;

6) медицинские организации.

Ответ. Субъектами обязательного медицинского страхования являются: 1) застрахованные лица; 2) страхователи; 3) Федеральный фонд. Участниками обязательного медицинского страхования являются:

1) территориальные фонды;

2) страховые медицинские организации;

3) медицинские организации.

(Ст. 9 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации").

Вопрос 2. Застрахованное лицо в системе ОМС. Кто имеет право на ОМС в Российской Федерации?

Ответ. **Статьей 3** Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" установлено, что застрахованное лицо - физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование. На основании **статьи 10** Федерального закона N 326-ФЗ обязательному медицинскому страхованию подлежат:

- граждане Российской Федерации, за исключением военнослужащих и лиц, приравненных к ним в части организации оказания медицинской помощи;

- иностранные граждане, постоянно и временно проживающие в Российской Федерации, за исключением высококвалифицированных специалистов, и членов их семей в соответствии с Федеральным **законом** от 25.07.2002 N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации";

- лица без гражданства, постоянно и временно проживающие в Российской Федерации, за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей в соответствии с Федеральным **законом** от 25.07.2002 N 115-ФЗ;

- лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным **законом** от 19.02.1993 N 4528-1 "О беженцах".

Вопрос 3. Кто является страхователями для работающих граждан?

Ответ. Страхователями для работающих граждан являются: 1) лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам:

а) организации;

б) индивидуальные предприниматели;

в) физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями; 2) индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты, арбитражные управляющие. (**Ч. 1 ст. 11** Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ).

Вопрос 4. Кто является страхователями для неработающих граждан?

Ответ. Страхователями для неработающих граждан (т.е. плательщиками страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения) являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной

власти субъектов Российской Федерации, иные организации, определенные Правительством Российской Федерации. (Ч. 2 ст. 11 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ).

Вопрос 5. Федеральный фонд ОМС. Понятие и задачи.

Ответ. Федеральный фонд ОМС - некоммерческая организация, созданная Российской Федерацией в соответствии с Федеральным [законом](#) от 29.11.2010 N 326-ФЗ для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования. Является страховщиком по обязательному медицинскому страхованию в рамках реализации базовой [программы](#) обязательного медицинского страхования.

Вопрос 6. Понятие Территориального фонда ОМС.

Ответ. Территориальные фонды - некоммерческие организации, созданные субъектами Российской Федерации в соответствии с настоящим Федеральным законом для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации. (Ч. 1 ст. 13 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации").

Вопрос 7. Медицинские организации в сфере обязательного медицинского страхования.

Ответ. К медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования относятся имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования:

- 1) организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы;
- 2) индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой.

Раздел 4. Права и обязанности застрахованных лиц, страхователей, страховых медицинских организаций и медицинских организаций

Права и обязанности граждан, застрахованных по ОМС

Вопрос 1. Какие права имеют граждане в системе обязательного медицинского страхования?

Ответ. [Статьей 16](#) Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" определено, что застрахованные лица имеют право на:

- бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая:
 - а) на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой [программой](#) обязательного медицинского страхования;
 - б) на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан [полис](#) ОМС, в объеме, установленном территориальной [программой](#) обязательного медицинского страхования;
 - выбор страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном [правилами](#) обязательного медицинского страхования;
 - замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского;
 - выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации;
 - выбор врача;
 - получение от территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;
 - защиту персональных данных, необходимых для ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования;
 - возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;
 - защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.

Вопрос 2. Обязанности застрахованных лиц.

Ответ. В соответствии со [ст. 16](#) Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" застрахованные лица обязаны:

- 1) предъявить [полис](#) обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи;
- 2) подать в страховую медицинскую организацию лично или через своего представителя заявление о выборе страховой медицинской организации в соответствии с [правилами](#) обязательного медицинского страхования;

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;

4) осуществить выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца в случае изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин.

Вопрос 3. Какими правами наделен пациент, в том числе застрахованный по ОМС, при обращении за медицинской помощью?

Ответ. [Статьей 19](#) Федерального закона N 323-ФЗ от 21.11.2011 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" закреплено право каждого на медицинскую помощь. Кроме того, при обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:

- 1) выбор врача и выбор медицинской организации в соответствии с настоящим Федеральным законом;
- 2) профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- 3) получение консультаций врачей-специалистов;
- 4) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;
- 5) получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- 6) получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;
- 7) защиту сведений, составляющих врачебную тайну;
- 8) отказ от медицинского вмешательства;
- 9) возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;
- 10) допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав;
- 11) допуск к нему священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях - на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации.

Вопрос 4. Каков порядок получения [полиса](#) ОМС единого образца?

Ответ. Оформление (получение) полиса ОМС застрахованным производится в заявительном порядке при выборе или замене страховой медицинской компании. Порядок подачи [заявления](#) о выборе (замене) страховой медицинской организации застрахованным лицом определяется [Правилами](#) обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011 г. N 158н.

Обратиться за получением полиса гражданин может как лично, так и через своего представителя.

К заявлению о выборе (замене) страховой медицинской организации прилагаются следующие документы или их заверенные копии, необходимые для регистрации в качестве застрахованного лица:

- 1) для детей после государственной регистрации рождения и до четырнадцати лет, являющихся гражданами Российской Федерации:
 - свидетельство о рождении;
 - документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка;
 - страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии);
- 2) для граждан Российской Федерации в возрасте четырнадцати лет и старше:
 - документ, удостоверяющий личность (паспорт гражданина Российской Федерации, временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта);
 - СНИЛС (при наличии);
- 3) для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным [законом](#) "О беженцах"
 - удостоверение беженца или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, или копия жалобы на решение о лишении статуса беженца в Федеральную миграционную службу с отметкой о ее приеме к рассмотрению, или свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации;
- 4) для иностранных граждан, постоянно проживающих в 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;
 - вид на жительство;
 - СНИЛС (при наличии);
- 5) для лиц без гражданства, постоянно проживающих в Российской Федерации:
 - документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;
 - вид на жительство;
 - СНИЛС (при наличии);
- 6) для иностранных граждан, временно проживающих в 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, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации;

- СНИЛС (при наличии);

7) для лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации:

- документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации;

- либо документ установленной формы, выдаваемый в Российской Федерации 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, оформленная в соответствии со [статьей 185](#) части первой Гражданского кодекса Российской Федерации;

9) для законного представителя застрахованного лица:

- документ, удостоверяющий личность и (или) документ, подтверждающий полномочия законного представителя.

На время изготовления полиса выдается временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса и удостоверяющее право на бесплатное оказание медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая.

Вопрос 5. Каковы сроки действия [полиса](#) ОМС единого образца?

Ответ. Гражданам Российской Федерации, а также постоянно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства (т.е. имеющим вид на жительство) полис выдается без ограничения срока действия.

Лицам, имеющим право на получение медицинской помощи в соответствии с Федеральным [законом](#) "О беженцах" полис выдается на срок пребывания, указанный в их документах.

На срок действия разрешения на временное проживание полис выдается временно проживающим на территории России иностранным гражданам и лицам без гражданства (имеющим отметку УФМС РФ о разрешении на временное проживание, которое, как правило, выдается на 3 года).

Вопрос 6. В каких случаях необходимо переоформить [полис](#) ОМС?

Ответ. В соответствии с [Правилами](#) обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011 г. N 158н, переоформление полиса осуществляется в случаях:

- изменения фамилии, имени, отчества, места жительства;

- замены паспорта или свидетельства о рождении вследствие исправления (уточнения) даты рождения, места рождения застрахованного лица;

- установления неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе.

Вопрос 7. Как часто гражданин, застрахованный по ОМС, может менять страховую медицинскую организацию и в каких случаях?

Ответ. Федеральным [законом](#) от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и [Правилами](#) обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011 г. N 158н регламентировано, что осуществить замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, он имеет право один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении, путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию.

Вопрос 8. В какой срок необходимо уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, места жительства?

Ответ. [Правилами](#) обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011 г. N 158н предусмотрено, что застрахованные лица обязаны уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли.

Вопрос 9. Как осуществляется обязательное медицинское страхование детей?

Ответ. Согласно [п. 5](#) Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011 г. N 158н, обязательное медицинское страхование детей со дня рождения до дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные

представители. После дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме и до достижения им совершеннолетия обязательное медицинское страхование осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем.

Вопрос 10. Категории иностранных граждан, имеющих право на ОМС в Российской Федерации.

Ответ. Право на ОМС в Российской Федерации, в соответствии с Федеральным [законом](#) от 29.11.2010 N 326-ФЗ, имеют постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане.

Согласно Федеральному [закону](#) от 25.07.2002 N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации" постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин - лицо, получившее вид на жительство (выдается на пять лет); временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин - лицо, получившее разрешение на временное проживание (оформляется в виде отметки установленного образца в документе, удостоверяющем личность иностранного гражданина; срок действия разрешения составляет три года).

Вопрос 11. Категории беженцев, имеющие право на ОМС в Российской Федерации.

Ответ. В соответствии с [Правилами](#) обязательного медицинского страхования, утв. приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 N 158н к ним относятся следующие категории лиц:

- предъявляющие удостоверение беженца;
- предъявляющие свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу;
- предъявляющие копию жалобы на решение о лишении статуса беженца в Федеральную миграционную службу с отметкой о ее приеме к рассмотрению;
- предъявляющие свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации.

Вопрос 12. Какая медицинская помощь может быть предоставлена бесплатно, а какая на платной основе иностранным гражданам, временно пребывающим на территории РФ, то есть не имеющим право на ОМС?

Ответ. Временно пребывающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам в случае необходимости медицинскими организациями бесплатно оказывается:

- медицинская помощь в экстренной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;
- скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения указанные виды медицинской помощи оказываются иностранным гражданам бесплатно).

Медицинская помощь в неотложной форме (за исключением скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи) и плановой форме оказывается временно пребывающим иностранным гражданам в соответствии с договорами о предоставлении платных медицинских услуг либо договорами добровольного медицинского страхования.

([Правила](#) оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации, утвержденные постановлением Правительства РФ от 06.03.2013 N 186).

Вопрос 13. Обязан ли гражданин предъявлять [полис](#) ОМС при обращении за медицинской помощью?

Ответ. В соответствии с [п. 1 ч. 2 ст. 16](#) Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" застрахованные лица обязаны предъявить полис обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи.

Вопрос 14. Назовите предельные сроки ожидания медицинской помощи по ОМС.

Ответ. Амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь:

- оказание медицинской помощи по неотложным показаниям осуществляется врачами-педиатрами участковыми, врачами-терапевтами участковыми, акушерами-гинекологами осуществляется в день обращения пациента;
- оказание неотложной помощи выездными бригадами амбулаторно-поликлинических учреждений осуществляется в течение 2-х часов с момента обращения;
- оказание первичной медико-санитарной помощи в плановом порядке осуществляется по предварительной записи пациентов, в том числе в электронном виде.

Стационарная медицинская помощь:

- в экстренной форме осуществляется безотлагательно;
- в плановой форме (плановая госпитализация) осуществляется не позднее 10 дней со дня обращения пациента, при наличии направления амбулаторно-поликлинического учреждения.

([Постановление](#) Правительства Москвы от 25 декабря 2012 года N 799-ПП "О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов").

Вопрос 15. Как осуществляется право пациента на выбор врача и медицинской организации?

Ответ. В соответствии с Федеральным [законом](#) от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" пациент имеет право на выбор врача и выбор медицинской организации. При оказании гражданину медицинской помощи в рамках [программы](#) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи он имеет право на выбор медицинской организации в порядке, утвержденном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти ([приказ](#) Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26.04.2012 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 на выбор врача с учетом его согласия. Для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает 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.

Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи осуществляется:

1) по направлению врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), фельдшера, врача-специалиста;

2) в случае самостоятельного обращения гражданина в медицинскую организацию, в том числе организацию, выбранную им по территориально-участковому принципу, с учетом [порядков](#) оказания медицинской помощи.

Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации осуществляется по направлению лечащего врача. В случае, если в реализации территориальной [программы](#) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи принимают участие несколько медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по соответствующему профилю, лечащий врач обязан проинформировать гражданина о возможности выбора медицинской организации с учетом выполнения условий оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Вопрос 16. Какими документами регламентирован порядок прикрепления граждан РФ к медицинской организации для постоянного наблюдения, в том числе в г. Москве?

Ответ. Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26.04.2012 N 406н утвержден "[Порядок](#) выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи", действующий на территории Российской Федерации. На основании данного Порядка в Москве разработан и принят [Порядок](#) прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС, к государственным учреждениям здравоохранения города Москвы, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, утвержденный Приказом Департамента здравоохранения г. Москвы и Московского городского ФОМС от 5 октября 2012 г. N 1067/147.

Вопрос 17. Каков порядок прикрепления граждан РФ к медицинской организации для постоянного наблюдения в г. Москве?

Ответ. [Порядок](#) прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС, к государственным учреждениям здравоохранения города Москвы, оказывающим первичную медико-санитарную помощь утвержден Приказом Департамента здравоохранения г. Москвы и Московского городского ФОМС от 5 октября 2012 г. N 1067/147.

Для выбора и последующего прикрепления к городской поликлинике гражданин лично обращается в выбранное им медицинское учреждение с письменным заявлением на имя главного врача, документом, удостоверяющим личность, и [полисом](#) ОМС. После получения заявления медицинская организация, принявшая его, в течение двух рабочих дней направляет письмо посредством почтовой или электронной связи в медицинскую организацию, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, с запросом о подтверждении информации, указанной в заявлении. В течение двух рабочих дней после подтверждения городской поликлиникой, в которой застрахованное лицо находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, информации, указанной в заявлении, руководитель медицинской организации, принявшей заявление, информирует застрахованное лицо (его представителя) в письменной или устной форме (лично или посредством почтовой связи, телефонной связи, электронной связи) о принятии на медицинское обслуживание.

В течение трех рабочих дней после этого городская поликлиника, принявшая заявление, направляет в городскую поликлинику, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, уведомление о принятии застрахованного на медицинское обслуживание; направляет в страховую медицинскую организацию, в которой гражданин застрахован по ОМС, уведомление о принятии его на медицинское обслуживание и вносит в базу данных застрахованных лиц. В случае невозможности прикрепления главный врач должен указать в заявлении мотивированную причину отказа.

При подаче заявления о выборе медицинской организации в городскую поликлинику при себе необходимо иметь оригиналы следующих документов:

1) для детей после государственной регистрации рождения и до четырнадцати лет, являющихся гражданами Российской Федерации:

- свидетельство о рождении;
- документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка;
- полис ОМС, выданный ребенку;

2) для граждан Российской Федерации в возрасте четырнадцати лет и старше:

- паспорт гражданина РФ или временное удостоверение личности гражданина РФ, выдаваемое на период оформления паспорта;
- полис ОМС.

Вопрос 18. Как в российском законодательстве регламентировано право пациента на информацию о состоянии здоровья?

Ответ. Согласно [ст. 22](#) Федерального закона от 21.11.2011 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

Информация о состоянии здоровья предоставляется пациенту лично (о здоровье несовершеннолетних и недееспособных граждан - их законным представителям) - лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении.

Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена пациенту против его воли. В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину или его супругу (супруге), одному из близких родственников (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), если пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не определил иное лицо, которому должна быть передана такая информация.

Пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов. Кроме того, пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов. Основания, порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Вопрос 19. Как в российском законодательстве регламентировано право пациента на соблюдение врачебной тайны?

Ответ. [Статьей 13](#) Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" регламентировано соблюдение врачебной тайны в следующих случаях:

- Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

- Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей, кроме случаев, установленных частями третьей и четвертой настоящей статьи.

- С письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, их опубликования в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях.

- Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

1) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;

2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

3) по запросу органов дознания и следствия и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством по запросу органа уголовно- исполнительской системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-досрочно;

4) в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте, установленном [статьей 20](#) настоящего Федерального закона, а также несовершеннолетнему, не достигшему возраста, установленного [частью 2 статьи 54](#) настоящего Федерального закона, для информирования одного из его родителей или иного законного представителя;

5) в целях информирования органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий;

6) в целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов, кадровых служб и военно-врачебных (врачебно- летных) комиссий федеральных органов исполнительной власти, в

которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба;

7) в целях расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;

8) при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных;

9) в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного социального страхования;

10) в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Вопрос 20. Врачи в больнице говорят, что у них нет нужных лекарств, и вынуждают пациентов или их родных покупать их. Правомерно ли это?

Ответ. В соответствии с распоряжением Правительства РФ от 30.07.2012 N 1378-р "Об установлении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2013 год" Правительством Москвы утвержден Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2013 год, которые должны быть предоставлены пациентам в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве. Если в больнице предлагают приобрести лекарственный препарат, входящий в перечень ЖНВЛП, за свой счет, не предложив бесплатной альтернативы, пациент имеет право обратиться на телефон "горячей линии" Департамента здравоохранения города Москвы.

Вопрос 21. Может ли мать круглосуточно пребывать в больнице со своим ребенком?

Ответ. Матери, законному представителю ребенка или одному из членов семьи предоставляется право на бесплатное совместное нахождение с ребенком в детской больнице в течение всего периода лечения независимо от возраста ребенка. При совместном нахождении с ребенком до достижения им возраста 4-х лет, а с ребенком старше данного возраста - при наличии медицинских показаний - плата за создание условий пребывания в стационаре, включая предоставление спального места и питания, с указанных лиц не взимается (ст. 51 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"). Оплата производится за счет средств бюджета города Москвы и МГФОМС.

Вопрос 22. Что делать, если в поликлинике, к которой прикреплен застрахованный по ОМС, нет специалиста нужного профиля?

Ответ. В этом случае лечащий врач, назначивший застрахованному по медицинским показаниям консультацию специалиста, обязан выдать направление в другое медицинское учреждение, работающее в системе ОМС, где застрахованному в плановом порядке будет бесплатно предоставлена необходимая консультация.

Вопрос 23. Имеет ли право на получение бесплатной медицинской помощи в городе Москве гражданин РФ по полису ОМС, выданному в другом субъекте РФ?

Ответ. Да, имеет, так как согласно ч. 1 ст. 45 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" полис обязательного медицинского страхования является документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой программой обязательного медицинского страхования.

Права и обязанности страхователей

Вопрос 1. Права страхователей.

Ответ. Согласно ч. 1 ст. 17 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" страхователь имеет право получать информацию от Федерального фонда и территориальных фондов, связанную с регистрацией страхователей и уплатой ими страховых взносов на обязательное медицинское страхование.

Вопрос 2. Обязанности страхователей.

Ответ. В соответствии с ч. 2 ст. 17 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" страхователь обязан:

1) регистрироваться и сниматься с регистрационного учета в целях обязательного медицинского страхования;

2) своевременно и в полном объеме осуществлять уплату страховых взносов на обязательное медицинское страхование.

Страхователи, указанные в ч. 2 ст. 11 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", обязаны представлять в территориальные фонды расчеты по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения в порядке, установленном ч. 11 ст. 24 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации". (Ч. 3 ст. 17 указанного Федерального закона)

Вопрос 3. Где осуществляется регистрация и снятие с регистрационного учета страхователей для работающих граждан?

Ответ. В соответствии с [ч. 4 ст. 17](#) Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" регистрация и снятие с регистрационного учета страхователей для работающих граждан осуществляются в территориальных органах Пенсионного фонда Российской Федерации. Контроль за регистрацией и снятием с регистрационного учета указанных страхователей осуществляют территориальные органы Пенсионного фонда Российской Федерации, которые представляют соответствующие данные в территориальные фонды в порядке, определяемом соглашением об информационном обмене между Пенсионным фондом Российской Федерации и Федеральным фондом.

Права и обязанности страховых медицинских организаций

Вопрос 1. Каковы права страховой медицинской организации в соответствии с Федеральным [законом](#) от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"?

Ответ. На основании Федерального [закона](#) от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования страховые медицинские организации имеют следующие права:

- 1) принятие участия в формировании территориальной программы обязательного медицинского страхования и в распределении объемов предоставления медицинской помощи посредством участия в комиссии, создаваемой в субъекте Российской Федерации в соответствии со [статьей 36](#) Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (далее - Федеральный закон);
- 2) участие в согласовании тарифов на оплату медицинской помощи;
- 3) изучение мнения застрахованных лиц о доступности и качестве медицинской помощи;
- 4) получение вознаграждения за выполнение условий, предусмотренных договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;
- 5) привлечение экспертов качества медицинской помощи, требования к которым предусмотрены Федеральным законом.

Вопрос 2. Каковы обязанности страховой медицинской организации в соответствии с Федеральным [законом](#) от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и договором о финансовом обеспечении ОМС?

В соответствии с Федеральным [законом](#) от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования страховая медицинская организация обязана:

- оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с условиями, установленными территориальной [программой](#) обязательного медицинского страхования, за счет целевых средств;
- оформлять, переоформлять, выдавать [полисы](#) ОМС;
- вести учет застрахованных лиц, выданных им полисов ОМС, а также обеспечивать учет и сохранность сведений, поступающих от медицинских организаций в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета, установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
- представлять в территориальный фонд заявки на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи и оплату счетов за оказанную медицинскую помощь в порядке, установленном [правилами](#) обязательного медицинского страхования;
- использовать полученные по договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования средства по целевому назначению;
- возвращать остатки целевых средств после расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с территориальной [программой](#) обязательного медицинского страхования, в территориальный фонд в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным [правилами](#) обязательного медицинского страхования;
- заключать с медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;
- заниматься сбором, обработкой данных персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, обеспечивать их сохранность и конфиденциальность, осуществлять обмен указанными сведениями между субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования в соответствии с Федеральным [законом](#) от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (далее - Федеральный закон);
- информировать застрахованных лиц о видах, качестве и об условиях предоставления им медицинской помощи медицинскими организациями, о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи, об их праве на выбор медицинской организации, о необходимости обращения за получением полиса обязательного медицинского страхования, а также об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с Федеральным законом;

- представлять в территориальный фонд ежедневно (в случае наличия) данных о новых застрахованных лицах и сведений об изменении данных о ранее застрахованных лицах и др.;
- осуществлять контроль 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 предоставлять отчет о результатах такого контроля;
- раскрывать информацию о своей деятельности в соответствии с Федеральным законом;
- осуществлять рассмотрение обращений и жалоб граждан, осуществлять деятельность по защите прав и законных интересов застрахованных лиц в порядке, установленном законодательством Российской Федерации и др.

Вопрос 3. Какие обязанности страховой медицинской организации регламентированы договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию?

Ответ. Федеральным [законом](#) от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию предусмотрены следующие обязанности страховой медицинской организации:

1) получение от медицинских организаций сведений, необходимых для осуществления контроля за соблюдением требований к предоставлению медицинской помощи застрахованным лицам, информации о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи и иных сведений в объеме и порядке, которые установлены договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, обеспечение их конфиденциальности и сохранности, а также осуществление проверки их достоверности;

2) проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, установленным Федеральным фондом;

3) организация оказания медицинской помощи застрахованному лицу в другой медицинской организации в случае утраты медицинской организацией права на осуществление медицинской деятельности.

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

Вопрос 4. В каких случаях предусмотрено исключение страховой медицинской организации из реестра страховых медицинских организаций?

Ответ. Согласно [п. 83](#) Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011 г. N 158н, исключение из реестра страховых медицинских организаций в случаях приостановления либо прекращения действия лицензии или ликвидации страховой медицинской организации осуществляется в день получения территориальным фондом сведений, подтверждающих данную информацию, или на установленную [частью 10 статьи 14](#) Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" дату при непредставлении страховой медицинской организацией документов в срок.

Вопрос 5. Какой срок предусмотрен для выдачи [полиса](#) ОМС страховой медицинской организацией?

Ответ. [П. 50](#) Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011 г. N 158н, предусмотрено, что страховая медицинская организация выдает застрахованному лицу полис в срок, не превышающий срока действия временного свидетельства (не более 30 рабочих дней с даты выдачи). Застрахованное лицо расписывается в получении полиса в журнале регистрации выдачи полисов.

Права и обязанности медицинских организаций

Вопрос 1. Какими правами наделены медицинские организации в системе ОМС?

Ответ. В соответствии со [ст. 20](#) Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" медицинские организации имеют право:

1) получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее также - тарифы на оплату медицинской помощи) и в иных случаях, предусмотренных указанным Федеральным законом;

2) обжаловать заключения страховой медицинской организации и территориального фонда по оценке объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии со ст. 42 указанного Федерального закона.

Вопрос 2. Какие обязанности предусмотрены Федеральным [законом](#) от 29.11.2010 г. N 326-ФЗ "Об

обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" для медицинских организаций?

Ответ. В соответствии с **ч. 2 ст. 20** Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" медицинские организации обязаны:

- 1) бесплатно оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ обязательного медицинского страхования;
- 2) вести в соответствии с настоящим Федеральным законом персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;
- 3) предоставлять страховым медицинским организациям и территориальному фонду сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
- 4) предоставлять отчетность о деятельности в сфере обязательного медицинского страхования в порядке и по формам, которые установлены Федеральным фондом;
- 5) использовать средства обязательного медицинского страхования, полученные за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с программами обязательного медицинского страхования;
- 6) размещать на своем официальном сайте в сети "Интернет" информацию о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи;
- 7) предоставлять застрахованным лицам, страховым медицинским организациям и территориальному фонду сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, а также показателях доступности и качества медицинской помощи, перечень которых устанавливается в территориальной **программе** обязательного медицинского страхования;
- 8) выполнять иные обязанности в соответствии с указанным Федеральным законом.

Вопрос 3. Какие обязанности установлены законодательством для медицинских работников и фармацевтических работников?

Ответ. **Статьей 79** Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" определены следующие обязанности для данных категорий работников:

1. Медицинские работники и фармацевтические работники осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии.
2. Медицинские работники обязаны:
 - 1) оказывать медицинскую помощь в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями;
 - 2) соблюдать врачебную тайну;
 - 3) совершенствовать профессиональные знания и навыки путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях в порядке и в сроки, установленные уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
 - 4) назначать лекарственные препараты и выписывать их на рецептурных бланках (за исключением лекарственных препаратов, отпускаемых без рецепта на лекарственный препарат) в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
 - 5) сообщать уполномоченному должностному лицу медицинской организации информацию, предусмотренную **частью 3 статьи 64** Федерального закона от 12 апреля 2010 года N 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств" и **частью 3 статьи 96** настоящего Федерального закона.
3. Фармацевтические работники несут обязанности, предусмотренные **пунктами 2, 3 и 5 части 2** настоящей статьи.

Вопрос 4. Каков порядок включения медицинской организации в территориальный реестр медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной **программы** ОМС?

Ответ. В соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (**ст. 15**) и Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 N 158н (**пункты 92, 94**) медицинская организация включается в реестр медицинских организаций (далее - Реестр) на основании уведомления, направляемого ею в территориальный фонд на бумажном носителе или в электронном виде до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере ОМС. Комиссией по разработке территориальной **программы** обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации могут быть установлены иные сроки подачи уведомления вновь создаваемыми медицинскими организациями (**ч. 2 ст. 15** Федерального закона от 29.11.2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации").

В случае направления уведомления в электронном виде медицинская организация в течение семи рабочих дней с даты направления уведомления представляет в территориальный фонд копии необходимых документов, заверенные подписью руководителя и печатью медицинской организации. При представлении уведомления на бумажном носителе одновременно представляются копии данных документов. В день представления документов территориальный фонд осуществляет их проверку в присутствии представителя медицинской организации и при установлении соответствия данных вносит медицинскую организацию в реестр медицинских организаций и присваивает ей реестровый номер.

Согласно **ч. 2 ст. 15** Федерального закона от 29.11.2010 г. N 326-ФЗ территориальный фонд не вправе

отказать медицинской организации во включении в реестр медицинских организаций.

Вопрос 5. Могут ли в системе ОМС работать частные клиники?

Ответ. В соответствии с **ч. 1 ст. 15** Федерального закона от 29.11.2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" к медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования (далее - медицинские организации) относятся имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее также - реестр медицинских организаций) организации любой, предусмотренной законодательством Российской Федерации, организационно-правовой формы, в том числе индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой.

Вопрос 6. Какие документы необходимы для включения в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС г. Москвы?

Ответ. Для включения в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС г. Москвы, медицинская организация должна предоставить в МГФОМС следующие документы:

- уведомление об осуществлении деятельности в сфере ОМС;
- свидетельство Федеральной налоговой службы о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц;
- свидетельство Федеральной налоговой службы о постановке на учет российской организации в налоговом органе по месту ее нахождения;
- выписку из Единого государственного реестра юридических лиц;
- лицензию(и) на осуществление медицинской деятельности;
- информационное письмо об учете в Статрегистре Росстата.

Также для определения объемов финансирования медицинские организации представляют сведения о плановых объемах медицинской помощи, которая может быть оказана в рамках Территориальной программы ОМС города Москвы.

Вопрос 7. Имеют ли право медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС г. Москвы (далее - Реестр), в течение текущего года по собственному желанию выйти из числа медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС?

Ответ. В соответствии с **ч. 4 ст. 15** Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" медицинские организации, включенные в Реестр, не имеют права в течение года, в котором они осуществляют деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, выйти из числа медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, за исключением случаев:

- ликвидации медицинской организации;
- утраты права на осуществление медицинской деятельности;
- банкротства или иных предусмотренных законодательством Российской Федерации случаев.

Медицинская организация, включенная в Реестр, направившая в территориальный фонд уведомление об исключении из Реестра до заключения договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, исключается из Реестра на следующий рабочий день после дня получения территориальным фондом указанного уведомления.

Вопрос 8. Может ли медицинская организация, включенная в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования г. Москвы в текущем году, отказаться от заключения договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС со страховой медицинской организацией, включенной в реестр страховых медицинских организаций, работающих в системе ОМС г. Москвы?

Ответ. Учитывая нормы федерального законодательства (**п. 4 ч. 1 ст. 16** Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации") отказ медицинской организации от заключения договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС (в том числе заключение договоров не со всеми страховыми медицинскими организациями, включенными в реестр СМО г. Москвы) повлечет за собой ущемление прав застрахованных по ОМС на свободный выбор медицинской организации, участвующей в реализации территориальной программы ОМС.

В соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ (**п. 7 ч. 7 ст. 34**) МГФОМС вправе требовать от медицинской организации (в том числе в судебном порядке) заключение договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС с каждой страховой медицинской организацией, включенной в реестр СМО для работы в системе ОМС г. Москвы.

Вопрос 9. Имеет ли право медицинская организация, осуществляющая свою деятельность в сфере ОМС, отказать застрахованным по ОМС в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования?

Ответ. Медицинская организация осуществляет свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному

медицинскому страхованию и не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования (ч. 5 ст. 15 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ).

Вопрос 10. Что обязана предпринять медицинская организация, работающая в системе ОМС, если она не имеет возможности оказать необходимые пациенту медицинские услуги?

Ответ. При невозможности оказать застрахованному гражданину медицинские услуги надлежащим образом медицинская организация обязана направить его для получения необходимой медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС в базовую медицинскую организацию 2-го или 3-го уровня. Пациенты, застрахованные по обязательному медицинскому страхованию в городе Москве, направляются на консультацию в амбулаторные центры лечатим врачом поликлиники согласно графикам, утвержденным главным врачом (заместителем главного врача) базовой поликлиники; в федеральные медицинские организации - врачом-специалистом медицинской организации 2-го или 3-го уровня, то есть амбулаторного центра или консультативно-диагностического центра, являющегося структурным подразделением базовой больницы. Врачи поликлиник, филиалов амбулаторных центров, направляют пациентов на консультации в амбулаторные центры.

Вопрос 11. Как обеспечить выполнение стандартов медицинской помощи при отсутствии в медицинской организации возможности выполнения отдельных лабораторных, инструментальных методов диагностики или консультаций специалистов?

Ответ. В данном случае медицинская организация должна организовать выполнение необходимой медицинской услуги в другой медицинской организации, работающей в системе ОМС города Москвы.

В соответствии с Инструкцией по применению медицинских стандартов медицинские услуги, оказанные по направлениям других медицинских организаций, подлежат учету как услуги, выполненные в амбулаторных условиях в соответствии с Московским городским реестром медицинских услуг в системе ОМС.

Вопрос 12. Какую информацию и каким образом медицинские организации должны предоставлять застрахованным лицам?

Ответ. В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" медицинские организации обязаны:

- размещать на своем официальном сайте в сети "Интернет" информацию о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи;

- предоставлять застрахованным лицам, СМО и ТФОМС (в Москве - МГФОМС) сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, показателях доступности и качества медицинской помощи, перечень которых устанавливается в территориальной программе обязательного медицинского страхования.

Информационные стенды, оформленные в соответствии с требованиями Закона, изготавливаются СМО и по графику размещаются в медицинских организациях в доступных для пациентов местах.

Раздел 5. Финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования

Вопрос 1. Из каких источников формируются средства обязательного медицинского страхования?

Ответ. Статьей 21 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" регламентировано, что средства обязательного медицинского страхования формируются за счет: 1) доходов от уплаты:

- а) страховых взносов на обязательное медицинское страхование;
- б) недоимок по взносам, налоговым платежам;
- в) начисленных пеней и штрафов;

2) средств федерального бюджета, передаваемых в бюджет Федерального фонда в случаях, установленных федеральными законами, в части компенсации выпадающих доходов в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование;

3) средств бюджетов субъектов Российской Федерации, передаваемых в бюджеты территориальных фондов в соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации;

4) доходов от размещения временно свободных средств;

5) иных источников, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Вопрос 2. На какие цели финансового обеспечения расходуются бюджеты территориальных фондов?

Ответ. Ч. 5 ст. 26 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" предусмотрено, что расходы бюджетов территориальных фондов осуществляются в целях финансового обеспечения:

- выполнения территориальных программ обязательного медицинского страхования;

- исполнения расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий Российской Федерации в результате принятия федеральных законов и (или) нормативных правовых актов Президента Российской Федерации, и (или) нормативных правовых актов Правительства Российской Федерации;

Федерации в сфере охраны здоровья граждан;

- исполнения расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих в результате принятия законов и (или) нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации;
- ведения дела по обязательному медицинскому страхованию страховыми медицинскими организациями;
- выполнения функций органа управления территориального фонда.

Вопрос 3. Из каких источников формируются целевые средства страховой медицинской организации?

Ответ. В соответствии с [ч. 1 ст. 28](#) Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" целевые средства страховой медицинской организации формируются за счет:

1) средств, поступивших от территориального фонда на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

2) средств, поступивших 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 [статьей 41](#) указанного Федерального закона:

а) средств по результатам проведения медико-экономического контроля;

б) 70 процентов сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи;

в) 70 процентов сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы;

г) 50 процентов сумм, поступивших в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

3) средств, поступивших от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, в соответствии со [статьей 31](#) Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ, в части сумм, затраченных на оплату медицинской помощи.

Вопрос 4. Для каких целей предназначены дифференцированные подушевые нормативы?

Ответ. Дифференцированные подушевые 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 ([п. 152](#) Правил обязательного медицинского страхования, утв. приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011 г. N 158н).

Вопрос 5. Принципы подушевого финансирования медицинских организаций г. Москвы, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь территориально прикрепленному населению.

Согласно [пп. 124-125](#) Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011 г. N 158н при оплате амбулаторной медицинской помощи по тарифам на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации учитывается численность застрахованных лиц, прикрепившихся к конкретной медицинской организации (врачу) и объем средств на виды медицинской помощи в соответствии со статьями затрат, включенными в территориальную [программу](#).

Территориальный фонд доводит тарифы на основе подушевого норматива финансирования медицинских организаций до страховых медицинских организаций.

При определении ежемесячного объема финансирования конкретной медицинской организации, оказывающей амбулаторную медицинскую помощь, страховые медицинские организации учитывают численность прикрепившихся застрахованных лиц на основе акта сверки численности по договору на оказание и оплату медицинской помощи и тарифы, установленные на основе подушевого норматива финансирования.

Вопрос 6. Какие затраты непосредственно связаны с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги)?

Ответ. Согласно [п. 159](#) Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011 г. N 158н, к затратам, непосредственно связанным с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги), относятся:

1) затраты на оплату труда персонала, непосредственно участвующего в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги) в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации и субъектов Российской Федерации;

2) материальные запасы, полностью потребляемые в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), в соответствии с табелем оснащения медицинской организации (ее структурного подразделения) медицинским инструментарием, мягким инвентарем, изделиями медицинского назначения для оказания данного вида медицинской помощи (по профилю), нормами лечебного и профилактического питания;

3) затраты (амортизация) оборудования, используемого в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), в соответствии с табелем оснащения медицинской организации (ее структурного подразделения) медицинским оборудованием.

Вопрос 7. Какие затраты, исключая потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги) необходимы для обеспечения деятельности медицинской организации в целом?

Ответ. Согласно п. 160 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011 г. N 158н, к затратам, необходимым для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемым непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), относятся:

- 1) затраты на оплату труда персонала учреждения, не участвующего непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги);
- 2) хозяйственные расходы;
- 3) затраты на уплату налогов (кроме начислений на выплаты по оплате труда), пошлины и иные обязательные платежи;
- 4) затраты (амортизация) зданий, сооружений и других основных фондов, непосредственно не связанных с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги).

Вопрос 8. За счет каких средств страховая медицинская организация выплачивает штрафы, пеню и осуществляет восстановление средств обязательного медицинского страхования, использованных не по целевому назначению, по условиям договора о финансовом обеспечении по обязательному медицинскому страхованию?

Ответ. Согласно ст. 39 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"

В силу п. 7 Типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденного приказом Министерства здравоохранения РФ от 24 декабря 2012 г. N 1355н, страховая медицинская организация выплачивает штрафы, пеню и осуществляет восстановление средств обязательного медицинского страхования, использованных не по целевому назначению, по условиям указанного договора за счет собственных средств, а также в случае невыполнения условий указанного договора в части осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи за счет средств, перечисленных территориальным фондом на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию путем перечисления на расчетный счет территориального фонда в течение десяти рабочих дней с даты предъявления требований территориальным фондом.

Вопрос 9. В случае перевыполнения объема медицинской помощи, установленного для медицинской организации, возможно ли обращение в Комиссию по разработке территориальной программы ОМС для изменения установленного на год объема медицинской помощи?

Ответ: Пункт 123 приказа Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 N 158н "Об утверждении правил обязательного медицинского страхования" позволяет Комиссии по итогам работы вносить коррективы в установленные объемы в случае представления медицинской организацией обоснования, подтверждающего медицинскую и экономическую эффективность выполняемой и планируемой медицинской помощи жителям города Москвы. Объемы медицинской помощи могут быть изменены в сторону повышения за счет медицинских организаций, выполняющих медицинскую помощь ниже установленного объема.

Вопрос 10. За счет каких средств осуществляется финансовое обеспечение оказанной гражданам специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи?

Ответ. Финансовое обеспечение оказания гражданам специализированной медицинской помощи осуществляется за счет средств бюджета Московского городского фонда обязательного медицинского страхования, бюджетных ассигнований федерального бюджета и бюджетных ассигнований бюджета города Москвы, выделяемых на финансовое обеспечение реализации Территориальной программы (в части медицинской помощи, не включенной в Территориальную программу ОМС, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную Территориальной программой ОМС); высокотехнологичной медицинской помощи - за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и бюджетных ассигнований бюджета города Москвы, выделяемых на финансовое обеспечение реализации Территориальной программы.

(П. 21, 23 постановления Правительства Москвы от 25 декабря 2012 г. N 799-ПП "О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов").

Вопрос 11. За счет каких средств осуществляется финансовое обеспечение оказанной гражданам скорой, в том числе скорой специализированной, и паллиативной медицинской помощи?

Ответ. Финансовое обеспечение оказания гражданам скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи осуществляется за счет средств бюджета города Москвы, передаваемых в виде межбюджетных трансфертов бюджету Московского городского фонда обязательного медицинского страхования и бюджетных ассигнований бюджета города Москвы, выделяемых на финансовое обеспечение реализации Территориальной программы (в части медицинской помощи, не включенной в Территориальную программу ОМС, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную Территориальной программой ОМС; паллиативной медицинской помощи - за счет бюджетных ассигнований бюджета города Москвы, выделяемых на финансовое обеспечение реализации Территориальной программы).

(П. 24, 25 постановления Правительства Москвы от 25 декабря 2012 г. N 799-ПП "О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов").

Вопрос 12. За счет каких средств финансируется оказание гражданам из числа жителей г. Москвы заместительной почечной терапии методами гемодиализа и перитонеального диализа, а также услуг с применением вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО)?

Ответ. Финансовое обеспечение оказания гражданам из числа жителей города Москвы относящейся к специализированной медицинской помощи заместительной почечной терапии методами гемодиализа и перитонеального диализа, а также услуг с применением вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) в медицинских организациях г. Москвы в рамках Территориальной программы осуществляется за счет бюджетных ассигнований бюджета города Москвы.

(П. 22 постановления Правительства Москвы от 25 декабря 2012 г. N 799-ПП "О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов").

Вопрос 13. Какой орган устанавливает объемы медицинской помощи для медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС?

Ответ. Объемы медицинской помощи для медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, определяются Комиссией по разработке территориальной программы ОМС г. Москвы.

Вопрос 14. Как осуществляется финансирование расходов медицинских организаций г. Москвы по оказанию дополнительной медицинской помощи врачами и медицинскими сестрами первичного звена?

Ответ. Московский городской фонд ОМС до конца текущего месяца перечисляет средства медицинским организациям г. Москвы, включенным в Перечень медицинских организаций, осуществляющих оказание дополнительной медицинской помощи специалистами участковой службы в 2013 году, для оплаты расходов по оказанию дополнительной медицинской помощи согласно бюджетным заявкам, представленным медицинскими организациями на текущий месяц до 15 числа текущего месяца.

Дополнительного финансирования медицинских организаций или финансирование предыдущих периодов в текущем месяце нормативными документами не предусмотрено.

В случае неиспользования в календарном месяце средств медицинская организация не позднее 12-го числа месяца, следующего за текущим, возвращает МГФОМС оставшиеся средства, за исключением средств, необходимых организации для осуществления оплаты отпусков его работникам в период до поступления средств на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи в очередном месяце.

(пп. 5-6 приказа Департамента здравоохранения города Москвы от 22.01.2013 N 52 "О порядке финансового обеспечения оказания дополнительной медицинской помощи врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинскими сестрами общей практики (семейных врачей)").

Вопрос 15. Как производится оплата медицинской помощи сотрудникам "силовых ведомств", оказанной государственными учреждениями здравоохранения, подведомственными Департаменту здравоохранения города Москвы?

Ответ. Порядок оказания и оплаты медицинской помощи данной категории граждан устанавливается Правительством Российской Федерации. В настоящее время действует ряд нормативных правовых актов (Правила оказания медицинской помощи сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации в организациях государственной или муниципальной системы здравоохранения, за исключением медицинских организаций Министерства внутренних дел Российской Федерации, и возмещения расходов указанным организациям, утвержденные постановлением Правительства РФ от 20.12.2011 N 1232; Правила возмещения учреждениям государственной и муниципальной систем здравоохранения расходов на оказание медицинской помощи военнослужащим, гражданам, призванным на военные сборы, сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации, Государственной противопожарной службы Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, уголовно-исполнительной системы, таможенных органов и лицам начальствующего состава федеральной фельдъегерской связи, а также отдельным категориям граждан, уволенным с военной службы, утвержденные постановлением Правительства РФ от 31.12.2004 N 911 и др.).

Согласно действующему порядку оплата медицинской помощи, оказанной данным лицам государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения, производится за счет средств федерального бюджета главными распорядителями бюджетных средств, с которыми лицо, получившее медицинскую помощь, состоит в трудовых (служебных) отношениях. Взаиморасчеты в рамках системы ОМС в данных случаях не производятся.

Вопрос 16. С чем связаны изменения в 2013 году в учете медицинской помощи, оказываемой в дневном стационаре и в чем принципиальное отличие по сравнению с 2012 годом?

Ответ. Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов, утвержденной постановлением Правительства РФ от 22.10.2012 N 1074, определено, что при реализации территориальной программы ОМС при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, применяется способ оплаты за законченный случай. Таким образом, учет должен осуществляться по законченному случаю в месяц выписки на основе количества дней, фактически проведенных пациентом в дневном стационаре. Ранее такое требование отсутствовало, учет медицинской помощи в дневном стационаре осуществлялся по пациенто-дням вне зависимости от "законченности" случая.

При этом остается неизменным требование: все медицинские услуги, оказанные пациенту в период его пребывания в дневном стационаре по данному заболеванию в любом подразделении медицинской организации, включены в "пациенто-день" и дополнительно не учитываются.

Вопрос 17. Как осуществляются расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации?

Ответ. В соответствии с ч. 8 ст. 34 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", пунктом 133 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011 г. N 158н, расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС, в объеме, установленном базовой программой, осуществляет территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи не позднее 25 дней с даты представления счета медицинской организацией с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Территориальный фонд субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис, возмещает средства территориальному фонду по месту оказания медицинской помощи не позднее 25 дней с даты получения счета, предъявленного территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи. Расчеты осуществляются в соответствии с тарифами на оплату медицинской помощи, установленными для медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь.

Вопрос 18. На кого возложена обязанность возмещения расходов, осуществленных в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ страховой медицинской организацией, на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью (за исключением расходов на оплату лечения застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве)?

Ответ. Согласно Федеральному закону от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (ч. 1 ст. 31) расходы, осуществленные в соответствии с указанным Федеральным законом страховой медицинской организацией, на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью (за исключением расходов на оплату лечения застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве) подлежат возмещению лицом, причинившим вред здоровью застрахованного лица.

Раздел 6. Программы обязательного медицинского страхования

Вопрос 1. Виды и понятия программ обязательного медицинского страхования?

Ответ. Согласно ст. 3 Федерального закона от 29.11.2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" обязательное медицинское страхование осуществляется в рамках базовой и территориальной программ обязательного медицинского страхования.

Базовая программа обязательного медицинского страхования - составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств ОМС на всей территории Российской Федерации медицинской помощи и устанавливающая единые требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования.

Территориальная программа обязательного медицинского страхования - составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации и соответствующая единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования.

Вопрос 2. Что устанавливает программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов?

Ответ. Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов устанавливает:

- перечень видов, форм и условий оказываемой бесплатно медицинской помощи;
- перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых 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, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.

Вопрос 3. Базовая **программа** ОМС.

Ответ. Базовая программа обязательного медицинского страхования - составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой Правительством Российской Федерации. Она определяет виды медицинской помощи, перечень страховых случаев, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации за счет средств обязательного медицинского страхования, а также критерии доступности и качества медицинской помощи. В базовой программе обязательного медицинского страхования устанавливаются требования к условиям оказания медицинской помощи, нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, нормативы финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо, а также расчет коэффициента удорожания базовой программы обязательного медицинского страхования.

Страховое обеспечение в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования устанавливается исходя из **стандартов** медицинской помощи и **порядков** оказания медицинской помощи, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Права застрахованных лиц на бесплатное оказание медицинской помощи, установленные базовой программой обязательного медицинского страхования, являются едиными на всей территории Российской Федерации.

Базовая программа обязательного медицинского страхования устанавливает также требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования.

Вопрос 4. Территориальная **программа** ОМС.

Ответ. Территориальная программа обязательного медицинского страхования включает в себя виды и условия оказания медицинской помощи, перечень страховых случаев, установленные базовой **программой** обязательного медицинского страхования, 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 обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо.

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. Финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования в данных случаях осуществляется за счет платежей субъектов Российской Федерации.

Территориальная программа ОМС определяет на территории субъекта Российской Федерации способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, содержит реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, определяет условия оказания медицинской помощи в них, а также целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи. Она может включать в себя перечень страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования при условии выполнения требований, установленных базовой программой ОМС.

В состав Территориальной **программы** ОМС города Москвы включены все виды медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях, состоящих в Территориальном реестре медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, включая Станцию скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С.Пучкова.

Вопрос 5. Где определен перечень видов медицинской помощи, оплачиваемых за счет средств обязательного медицинского страхования?

Ответ. Перечень видов медицинской помощи, входящих в базовую программу ОМС, определен **статьей 35** Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации". Несколько более подробно источники финансирования медицинской помощи приводятся в **Программе** государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, ежегодно утверждаемой Правительством Российской Федерации и Территориальной **программе**, утверждаемой Правительством Москвы. Отдельного внимания при формировании счетов за оплату

медицинской помощи требуют социально значимые заболевания, не оплачиваемые из средств системы ОМС (психические заболевания, ВИЧ-инфекция и др.). Учитывая, что медицинская помощь в данных случаях должна оплачиваться за счет бюджета, включение их в счет оплаты из ОМС является неправомерным.

Раздел 7. Система договоров в сфере обязательного медицинского страхования

Вопрос 1. Какие договоры существуют в сфере обязательного медицинского страхования?

Ответ. В соответствии со [ст. 37](#) Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" между участниками обязательного медицинского страхования заключаются следующие договоры:

- 1) договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;
- 2) договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

По договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с условиями, установленными территориальной [программой](#) обязательного медицинского страхования, за счет целевых средств, ([ч. 1 ст. 38](#) Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации").

По договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию медицинская организация обязуется оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, ([ч. 2 ст. 39](#) Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации").

Вопрос 2. Предмет договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. Срок действия и случаи расторжения.

Ответ. В соответствии с [пунктом 1](#) Типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 9 сентября 2011 г. N 1030н, территориальный фонд принимает на себя обязательства по финансовому обеспечению деятельности страховой медицинской организации в сфере обязательного медицинского страхования, а страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с условиями, установленными в территориальной [программе](#) обязательного медицинского страхования, за счет целевых средств.

Действие договора продлевается на следующий календарный год, если ни одна из сторон не заявит о его прекращении за тридцать дней до его окончания.

Договор расторгается (прекращает свое действие) в следующих случаях:

- 1) истечения срока, на который он заключен;
- 2) ликвидации (прекращения деятельности) одной из Сторон;
- 3) при приостановлении или прекращении действия лицензии, отзыве лицензии у страховой медицинской организации;
- 4) по соглашению Сторон, совершенному в письменной форме;
- 5) по инициативе территориального фонда в случае нарушения страховой медицинской организацией условий настоящего договора;
- 6) по инициативе страховой медицинской организации, в том числе в случае нарушения территориальным фондом условий настоящего договора;
- 7) иных случаях, предусмотренных законодательством.

Согласно [п. 24](#) Типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования передача сторонами договора третьим лицам прав и обязанностей по указанному договору не допускается, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Вопрос 3. Ответственность страховой медицинской организации перед территориальным фондом по договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

Ответ. В силу [п. 6](#) Типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 9 сентября 2011 г. N 1030н, страховая медицинская организация несет ответственность перед территориальным фондом за:

- нарушение установленных в настоящем договоре сроков предоставления данных о застрахованных лицах, а также сведений об изменениях в этих данных;
- использование не по целевому назначению целевых средств;
- невыполнение условий настоящего договора в части осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
- ненадлежащее исполнение условий настоящего договора в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Вопрос 4. Ответственность территориального фонда перед страховой медицинской организацией по договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

Ответ. В соответствии с п. 8 Типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 9 сентября 2011 г. N 1030н, территориальный фонд несет ответственность перед страховой медицинской организацией за нарушение сроков перечисления страховой медицинской организации средств на обязательное медицинское страхование или неполное выделение средств на обязательное медицинское страхование, установленных настоящим договором, поступивших в бюджет территориального фонда за соответствующий период, в виде уплаты штрафа в размере пяти десятых процента от неперечисленных сумм.

Вопрос 5. Порядок расторжения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии, ликвидации страховой медицинской организации.

Ответ. При прекращении действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии, ликвидации страховой медицинской организации:

страховая медицинская организация:

- при прекращении данного договора в связи с истечением срока его действия выполняет в полном объеме обязательства по контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, результаты которого представляет в территориальный фонд;

- проводит окончательный расчет с медицинскими организациями, ликвидирует взаимную дебиторскую и кредиторскую задолженность с медицинскими организациями и составляет акты сверки расчетов с медицинскими организациями, заверенные копии которых представляет в территориальный фонд;

- в течение десяти рабочих дней с даты прекращения настоящего договора возвращает территориальному фонду целевые средства, не использованные по целевому назначению;

территориальный фонд при прекращении настоящего договора в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии, ликвидации страховой медицинской организации оплачивает счета на оплату медицинской помощи в пределах установленных объемов с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оставшиеся неоплаченными страховой медицинской организацией.

Вопрос 6. Порядок расторжения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования по инициативе страховой медицинской организации.

При расторжении настоящего договора по инициативе страховой медицинской организации:

страховая медицинская организация:

- в письменном виде уведомляет территориальный фонд за три месяца до даты расторжения о намерении расторгнуть договор;

- осуществляет сверку расчетов с медицинскими организациями на дату расторжения настоящего договора;

- осуществляет расчеты с медицинскими организациями в пределах имеющихся средств на оплату медицинской помощи;

- в течение десяти рабочих дней с даты расторжения настоящего договора возвращает в бюджет территориального фонда остаток целевых средств, оставшихся после выполнения в полном объеме своих обязательств по договорам на оказание и оплату медицинской помощи;

территориальный фонд совместно со страховой медицинской организацией составляет акт сверки расчетов на дату возврата остатка целевых средств.

Вопрос 7. Порядок расторжения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования по инициативе территориального фонда.

При расторжении настоящего договора по инициативе территориального фонда:

территориальный фонд:

- в письменном виде уведомляет страховую медицинскую организацию за месяц до даты расторжения о причинах и намерении расторгнуть договор;

- оплачивает счета на оплату медицинской помощи в пределах установленных объемов с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оставшиеся неоплаченными страховой медицинской организацией;

страховая медицинская организация:

- в течение десяти дней проводит окончательный расчет с медицинскими организациями, ликвидирует взаимную дебиторскую и кредиторскую задолженность с медицинскими организациями и составляет акты сверки расчетов с медицинскими организациями, заверенные копии которых представляет в территориальный фонд;

- в течение десяти рабочих дней с даты прекращения настоящего договора возвращает территориальному фонду целевые средства, не использованные по целевому назначению.

Вопрос 8. Стороны договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому

страхованию.

Ответ. На основании **ч. 1 ст. 39** Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию заключается между медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования и которым решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств обязательного медицинского страхования, и страховой медицинской организацией, участвующей в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в установленном указанным Федеральным законом порядке.

Вопрос 9. Предмет договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, срок его действия и причины расторжения.

Ответ. Согласно **пункту 1** Типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденного приказом Министерства здравоохранения РФ от 24 декабря 2012 г. N 1355н, организация обязуется оказать необходимую медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Согласно **пунктам 9 и 10**, договор вступает в силу со дня подписания его сторонами и действует по 31 декабря года, в котором он был заключен. Действие договора продлевается на следующий календарный год, если ни одна из сторон не заявит о его прекращении за тридцать дней до его окончания.

В соответствии с **п. 12** указанный договор может быть расторгнут по соглашению сторон, совершенному в письменной форме.

Вопрос 10. В каких случаях договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию расторгается в одностороннем порядке?

Ответ. В силу **п. 13** Типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденного приказом Министерства здравоохранения РФ от 24 декабря 2012 г. N 1355н, договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию расторгается в одностороннем порядке:

- при ликвидации одной из сторон;
- при приостановлении, ограничении, отзыве либо прекращении действия лицензии у страховой медицинской организации;
- при утрате Организацией права на осуществление медицинской деятельности;
- при исключении Организации и (или) страховой медицинской организации из реестров медицинских организаций, страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Вопрос 11. В течение какого времени стороны по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию производят окончательный расчет после прекращения действия договора?

Ответ: В силу **п. 15** Типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденного приказом Министерства здравоохранения РФ от 24 декабря 2012 г. N 1355н, при расторжении договора стороны производят окончательный расчет в течение десяти дней после прекращения действия договора, при этом ликвидируют взаимную дебиторскую и кредиторскую задолженность, о чем составляют соответствующий акт, копия которого в течение одного дня направляется страховой медицинской организацией в территориальный фонд.

Вопрос 12. Какая санкция предусмотрена Федеральным **законом** от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" за неказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию?

Ответ. Согласно **ч. 8 ст. 39** Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" за неказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию медицинская организация уплачивает штраф в порядке и размере, которые установлены указанным договором.

Вопрос 13. Может ли медицинская организация повторно представить в страховую медицинскую организацию отклоненные ранее от оплаты счета на оплату медицинской помощи и реестры счетов?

Ответ. В силу **п. 128** Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011 г. N 158н, при наличии отклоненных от оплаты счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного страховой медицинской организацией контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи

медицинская организация вправе доработать и представить в страховую медицинскую организацию, отклоненные ранее от оплаты счета на оплату медицинской помощи и реестры счетов, не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты получения акта от страховой медицинской организации.

Вопрос 14. Какие санкции предусмотрены за использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию?

Ответ. В соответствии с **ч. 9 ст. 39** Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", **п. 130.2** Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011 г. N 158н, 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 штраф в размере суммы нецелевого использования средств и пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств. Средства, использованные не по целевому назначению, медицинская организация возвращает в бюджет территориального фонда в течение 10 рабочих дней со дня предъявления территориальным фондом соответствующего требования.

Вопрос 15. Какую документацию предоставляет медицинская организация для оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу?

Ответ. Согласно **п. 110** Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011 г. N 158н, **ч. 6 ст. 39** Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией **реестров** счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной **программы**, по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с **порядком**, установленным Правилами ОМС.

Вопрос 16. Как рассчитывается стоимость медицинской помощи, оказываемой за счет средств обязательного медицинского страхования?

Ответ. Согласно **ч. 6 ст. 39** Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной **программы** ОМС, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с **порядком** оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным **правилами** обязательного медицинского страхования.

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** обязательного медицинского страхования, и включают в себя статьи затрат, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования (**ч. 1 ст. 30** Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации").

Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются тарифным соглашением между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со **ст. 76** Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав комиссии, создаваемой в субъекте Российской Федерации в соответствии с **ч. 9 ст. 36** Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", (**ч. 2 ст. 30** Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации").

Вопрос 17. С какой периодичностью медицинская организация и страховая медицинская организация в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС проводят сверку расчетов?

Ответ. В соответствии с **п. 132** Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011 г. N 158н, медицинская организация и страховая медицинская организация в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи ежемесячно проводят сверку расчетов и составляют акт.

Вопрос 18. В какую организацию необходимо выставлять счет на оплату лечения застрахованного лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве, медицинской организации?

Ответ. В соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998 г. N 125-ФЗ "Об обязательном

социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" ([статья 8 пункт 1](#)) оплата лечения застрахованного лица, непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве до восстановления трудоспособности или установления стойкой утраты профессиональной трудоспособности, осуществляется за счет средств на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Руководствуясь действующим законодательством, Договором на оказание и оплату медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным по ОМС на территории других субъектов РФ (иногородним гражданам) ([пункт 3.6](#)) и дополнительным соглашением к указанному договору ([пункт 2](#)) медицинская организация обязана выставлять счет на оплату лечения застрахованного лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве, в соответствующее региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации.

Выставление счета на оплату лечения застрахованного лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве, по обязательному медицинскому страхованию является неправомерным.

Вопрос 19. В какую организацию и в какой срок обязана представлять медицинское заключение о характере повреждений и степени их тяжести, полученных застрахованным лицом в результате несчастного случая на производстве, медицинская организация?

Ответ. В соответствии с Порядком организации комплексного лечения лиц, пострадавших в результате тяжелых несчастных случаев на производстве от 24 января 2012 г. ([Пункт 1.2.1](#)) медицинские организации в 3-х дневный срок с даты поступления застрахованного лица на лечение, обязаны представить работодателю медицинское заключение о характере повреждений, полученных в результате несчастного случая на производстве и степени их тяжести, а копию - в соответствующее региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации для подготовки и заключения договора об оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после тяжелого несчастного случая на производстве.

Вопрос 20. В какой срок после получения договора об оплате расходов на лечение застрахованного лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве, медицинская организация обязана направить подписанный договор с прилагаемыми документами в региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации?

Ответ. В соответствии с Порядком организации комплексного лечения лиц, пострадавших в результате тяжелых несчастных случаев на производстве от 24 января 2012 г. ([Пункт 1.2.2](#)) медицинская организация в десятидневный срок после получения договора об оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после тяжелого несчастного случая на производстве, обязана направить подписанный договор с прилагаемыми документами в соответствующее региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации.

Вопрос 21. Какая медицинская помощь, оказанная медицинской организацией застрахованным иногородним гражданам, не подлежит оплате МГФОМС на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным по ОМС на территории других субъектов РФ (иногородним гражданам), заключенным между МГФОМС и медицинской организацией?

Ответ. На основании Договора на оказание и оплату медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным по ОМС на территории других субъектов РФ (иногородним гражданам), заключенным между МГФОМС и медицинской организацией, не подлежит оплате медицинская помощь:

- виды и условия предоставления которой не предусмотрены базовой [программой](#) обязательного медицинского страхования, а также суммы дополнительного страхового обеспечения к базовой программе обязательного медицинского страхования, установленные территориальной [программой](#) обязательного медицинского страхования города Москвы;

- виды и условия предоставления которой не предусмотрены лицензией медицинской организации;

- оказанная пациентам, застрахованным по ОМС в городе Москве;

- выполненная по программе добровольного медицинского страхования или на платной основе;

- подлежащая оплате за счет средств обязательного социального страхования, федерального бюджета и бюджетов субъектов РФ;

- оказанную пациенту, не предоставившему документа, подтверждающего его страхование по ОМС в другом субъекте РФ, и не идентифицированному в центральном сегменте единого регистра застрахованных лиц;

- в случае установления факта наличия у медицинской организации прямых договорных отношений об оказании и оплате медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию лицам, застрахованным по ОМС на территории других субъектов РФ ([пункт 3.6 Договора](#)).

Вопрос 22. Порядок оформления Актов сверки расчетов по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

Ответ. Согласно [приказу](#) Министерства здравоохранения РФ N 1355н от 24.12.2012 г. "Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию"; [Приказу](#) Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.02.2011 г. N 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования", методическим [указаниям](#) по представлению

информации в сфере ОМС (утвержденные Председателем ФФОМС А.В.Юриным от 30.12.2011 г.) по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС предусмотрено обязательство как со стороны страховых медицинских организаций, так и со стороны медицинских организаций проводить ежемесячно на 1 число месяца, следующего за отчетным, а также ежегодно по состоянию на конец финансового года сверку расчетов.

Акт составляется в целях выявления и устранения причины возникновения расхождений и при их наличии служит основанием для корректировки суммы задолженности по оплате медицинской помощи в данных бухгалтерского учета страховой медицинской организации (филиала) или медицинской организации.

Акт составляется в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон, и подписывается руководителем и главным бухгалтером страховой медицинской организации (филиала) и медицинской организации, с указанием расшифровки подписи и даты. Подписи скрепляются печатями организаций.

Вопрос 23. Нужно ли направлять Заявку на авансирование в СМО каждый месяц, если запрашиваемая сумма не меняется? Нужно ли направлять Заявку на авансирование в СМО каждый месяц, если запрашиваемая сумма равна "0"?

Ответ. Согласно [приказу](#) Министерства здравоохранения РФ N 1355н от 24.12.2012 г. "Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию"; [приказу](#) Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.02.2011 г. N 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования"; методические [указания](#) по представлению информации в сфере ОМС (утвержденные Председателем ФФОМС А.В.Юриным от 30.12.2011 г.) по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС предусмотрено обязательство со стороны медицинской организации направлять в страховую медицинскую организацию до определенного договором числа текущего месяца Заявку на авансирование в размере (размер средств заявки на авансирование): на 2013 г. - не более 55%, на 2014 г. - не более 40%, с 2015 г. - не более 30%, размер средств заявки может быть увеличен во 2-3 квартале года не более чем на 20% от установленного размера) от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи за последние 3 месяца, либо с периода начала действия настоящего договора (в случае период действия договора менее трех месяцев).

МО обязана в любом случае (даже в случае "нулевой" заявки) подавать в СМО в установленные сроки заявку на авансирование.

Раздел 8. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

Вопрос 1. Какими нормативными документами определен порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию?

Ответ. Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию определен Федеральным [законом](#) от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в РФ", Федеральным [законом](#) от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", [приказом](#) ФФОМС от 01.12.2010 N 230 "Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" (в ред. приказа ФФОМС от 16.08.2011 N 144).

Вопрос 2. Какова цель проведения страховыми медицинскими организациями и МГФОМС контрольных мероприятий?

Ответ. Цель проведения контрольных мероприятий - обеспечение прав лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию (ОМС), на получение бесплатной медицинской помощи в установленных территориальной [программой](#) ОМС и договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС - по объемам, срокам, условиям и надлежащему качеству - в медицинских организациях, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования.

Вопрос 3. Виды контроля, сроки и объемы выборки, проводимой страховыми медицинскими организациями.

Ответ. 100% счетов ежемесячно подвергаются страховыми медицинскими организациями (СМО) и/или МГФОМС медико-экономическому контролю в автоматизированном режиме.

Прежде представления счетов на оплату в СМО и/или МГФОМС медицинская организация:

1) обращается к Региональному сегменту единого регистра лиц, застрахованных по ОМС, с целью идентификации СМО, застраховавшей пациента (плательщика) или подтверждения факта страхования пациента на другой территории РФ;

2) проводит "внутренний контроль", в процессе которого программный продукт Инфонома позволяет обнаружить ошибки идентификации или учета (проверка на соответствие лицензии, договору, штатному расписанию, условиям ТПОМС и т.д.).

С исправлениями счет на застрахованных по ОМС в Москве направляется в СМО, на иногородних - в МГФОМС. Обмен файлами между СМО и МГФОМС с исправлениями допускается в течение 5 дней.

Окончательный вариант на бумажном носителе представляется медицинской организацией СМО в соответствии с Календарным планом-графиком.

По результатам медико-экономического контроля (МЭК) к медицинской организации могут быть применены финансовые санкции, или проведена тематическая медико-экономическая экспертиза, или экспертиза качества медицинской помощи.

8% счетов, сформированных в стационаре и/или дневном стационаре, 0,8% счетов, сформированных в амбулаторно-поликлиническом учреждении, включая счета, отобранные на этапе МЭК, не реже 1 раза в год подвергаются плановой медико-экономической экспертизе (МЭЭ), в процессе которой устанавливается соответствие сроков, объемов, условий представленной в счетах медицинской помощи записям в первичной медицинской документации.

По результатам плановой МЭЭ к медицинской организации могут быть применены финансовые санкции, или проведена тематическая медико-экономическая экспертиза, или экспертиза качества медицинской помощи. Возможна целевая МЭЭ - по инициативе юридического или физического лица.

Повторная МЭЭ (резэкспертиза) проводится специалистами МГФОМС - плановая по плану, утвержденному директором МГФОМС, целевая - на основании претензии юридического лица, как правило, СМО или медицинской организации.

Экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП) - плановая - организуется СМО не реже 1 раза в год; выборка составляет 5% от объема помощи в стационаре, 3% от объема помощи в дневном стационаре, 0,5% от объема помощи в амбулаторно-поликлиническом учреждении.

Целевая ЭКМП организуется СМО или МГФОМС на основании претензии гражданина или медицинской организации.

ЭКМП проводит врач-эксперт, включенный в территориальный реестр, который осуществляет:

- 1) оценку правильности выбора технологии;
- 2) оценку достижения клинического результата, а также устанавливает причинно-следственную связь между организационными и лечебно-диагностическими процедурами, принятыми в медицинской организации, и системными нарушениями:

- **порядка** оказания медицинской помощи;
- **стандартов** / методических рекомендаций (клинических).

Вопрос 4. В каких случаях проводится целевая экспертиза качества медицинской помощи?

Ответ. 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 при оказании медицинской помощи;
- повторного обоснованного обращения по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней - в стационаре;
- заболеваний с удлинённым или укороченным сроком лечения более чем на 50 процентов от установленного **стандартом** медицинской помощи или средне сложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи.

Вопрос 5. Зависит ли от времени, прошедшего с момента обращения на некачественное оказание медицинской помощи, проведение экспертизы качества медицинской помощи? В соответствии с какими нормативными документами осуществляется рассмотрение данного обращения?

Ответ. Проведение целевой экспертизы качества медицинской помощи в случае поступления жалоб застрахованных лиц или их представителей не зависит от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи, и осуществляется в соответствии с Федеральным **законом** от 2 мая 2006 года N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации" и иными нормативными правовыми актами, регламентирующими работу с обращениями граждан.

Вопрос 6. Может ли медицинская организация обжаловать заключение СМО по результатам контроля и каков порядок обжалования?

Ответ. В соответствии со **статьей 42** Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в РФ" медицинская организация имеет право обжаловать заключение СМО по результатам контроля в течение 15 рабочих дней со дня получения актов страховой медицинской организации путем направления претензии в МГФОМС по рекомендуемому образцу (**приложение 9** к приказу ФФОМС от 01.12.2010 N 230).

Претензия оформляется в письменном виде и направляется в МГФОМС вместе с необходимыми материалами:

- а) обоснование претензии;
- б) перечень вопросов по каждому оспариваемому случаю;
- в) материалы внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи в медицинской организации.

МГФОМС в течение 30 рабочих дней от даты поступления претензии рассматривает поступившие документы и организует проведение повторных медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи.

Решение МГФОМС, признающее правоту медицинской организации, является основанием для отмены (изменения) решения 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.

МГФОМС направляет решение по результатам реэкспертизы в СМО и медицинскую организацию, направившую претензию.

Изменение финансирования по результатам рассмотрения спорных случаев проводится СМО в срок не позднее 30 рабочих дней (в период окончательного расчета с медицинской организацией за отчетный период).

При несогласии медицинской организации с решением МГФОМС она вправе обжаловать это решение в Городской арбитражной экспертной комиссии или в судебном порядке.

Вопрос 7. Каков порядок информирования застрахованных лиц о выявленных нарушениях в предоставлении медицинской помощи по территориальной программе ОМС?

Ответ. В целях обеспечения прав на получение доступной и качественной медицинской помощи застрахованные лица информируются медицинскими организациями, СМО, МГФОМС о выявленных нарушениях в предоставлении медицинской помощи по территориальной программе ОМС. Так, при поступлении в СМО или МГФОМС жалобы застрахованного лица или его представителя на оказание медицинской помощи ненадлежащего качества результаты рассмотрения жалобы по итогам экспертизы качества медицинской помощи направляются в его адрес.

Вопрос 8. Какие санкции применяются к медицинской организации за нарушения, выявленные в ходе контрольных мероприятий?

Ответ. На основании [части 1 статьи 41](#) Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в РФ" 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 СМО в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи ([прил. 8](#) к приказу ФФОМС от 01.12.2010 N 230).

Вопрос 9. При выявлении в одном случае оказания медицинской помощи двух и более оснований для отказа в оплате медицинской помощи или уменьшения оплаты медицинской помощи производится ли суммирование размера финансовых санкций?

Ответ. При наличии в одном 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 санкций по одному страховому случаю не производится.

Вопрос 10. Как учитывается медицинская помощь, оказанная пациентам в хирургическом отделении поликлиники (амбулаторного центра), не нуждающимся в госпитализации или отказавшимся от нее?

Ответ. Медицинская помощь, оказанная пациентам в хирургическом отделении поликлиники (амбулаторного центра), не нуждающимся в госпитализации или отказавшимся от нее, учитывается по фактически выполненным услугам согласно кодам медицинских услуг соответствующих разделов Московского городского реестра медицинских услуг в системе ОМС.

Вопрос 11. Как учитываются медицинские услуги, оказанные в дневном стационаре?

Ответ. Учет медицинской помощи осуществляется по законченному случаю лечения на основании количества дней, фактически проведенных пациентом в дневном стационаре, но не более 10 дней.

По окончании лечения врач дневного стационара в "Статистической карте выбывшего из стационара" ([ф. 066/у-02](#)) производит запись о количестве дней, проведенных пациентом в дневном стационаре, указывает код дневного стационара, шифр основного заболевания по [МКБ-10](#) и свой личный код ([пп. 7.1 - 7.4](#) Инструкции по применению медицинских [стандартов](#) в больничных учреждениях и учету медицинской помощи в дневных стационарах (всех типов) в системе ОМС города Москвы).

Вопрос 12. Подлежат ли отдельному учету медицинские услуги (процедуры и манипуляции), оказанные пациенту в период лечения в дневном стационаре?

Ответ. При вводе информации в автоматизированную систему учета (число дней, проведенных пациентом в дневном стационаре) не подлежат отдельному учету медицинские услуги (процедуры и манипуляции), оказанные пациенту в период лечения ([п. 7.5](#) раздела 7 Инструкции по применению медицинских [стандартов](#) в больничных учреждениях и учету медицинской помощи в дневных стационарах (всех типов) в системе ОМС города Москвы) в связи с заболеванием, послужившим поводом для госпитализации. Отдельному учету подлежат медицинские услуги, выполненные в данной медицинской организации в связи с другим заболеванием.

Вопрос 13. Что делать в случае, если медицинский полис, представленный пациентом, не найден в Региональном сегменте единого регистра застрахованных по ОМС, а услуга уже оказана (например, неотложная медицинская помощь)?

Ответ. Пунктом 126 приказа Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 N 158н "Об утверждении правил обязательного медицинского страхования" определено, что при оказании медицинской помощи лицу, не предъявившему полис в случаях, предусмотренных Федеральным законом от 29.11. 2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в РФ", медицинская организация направляет запрос в территориальный фонд для идентификации пациента в Региональном сегменте единого регистра лиц, застрахованных по ОМС.

Если пациент не найден в Региональном сегменте Единого регистра застрахованных по ОМС, МГФОМС осуществляет запрос:

а) к Центральному регистру, держателем которого является ФФОМС, с целью подтверждения наличия полиса ОМС, выданного в ином регионе - оплата помощи осуществляется МГФОМС;

б) в архиве московских полисов - оплата помощи осуществляется московской СМО.

После идентификации застрахованного лица сведения об оказанной медицинской помощи включаются в счет на оплату медицинской помощи.

Вопрос 14. Как должна учитываться стационарная медицинская помощь, оказываемая в психосоматическом отделении?

Ответ. В соответствии с Инструкцией по применению медицинских стандартов в больничных учреждениях и учету медицинской помощи в дневных стационарах (всех типов) в системе ОМС города Москвы учет медицинской помощи в психосоматических отделениях осуществляется с использованием кодов медицинских стандартов, соответствующих соматическому заболеванию. Согласно базовой и территориальной программам ОМС психические расстройства и расстройства поведения, соответствующие V классу заболеваний по МКБ-10 (коды F00-F99), не являются страховыми случаями, подлежащими оплате за счет средств ОМС. Финансовое обеспечение медицинской помощи при данных заболеваниях (состояниях) осуществляется за счет бюджетных средств.

Вопрос 15. Почему страховые медицинские организации не оплачивают стационарное лечение, включающее высокотехнологичную медицинскую помощь?

Ответ. В соответствии с ч. 6 ст. 51 Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи будет осуществляться за счет средств обязательного медицинского страхования с 1 января 2015 года. В настоящее время финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется за счет бюджетных средств.

Вопрос 16. Как должна оплачиваться медицинская помощь в случае если пациент, получающий стационарное лечение, страдает сопутствующими заболеваниями, требующими значительных финансовых затрат на обследование и лечение, но они не входят в медицинский стандарт по основному заболеванию?

Ответ. При первоначальном расчете стоимости тарифов на медицинские стандарты стационарной медицинской помощи на этапе становления системы обязательного медицинского страхования, в структуру тарифа было заложено дополнительно 30% суммы на покрытие расходов, связанных с наличием у пациентов сопутствующих заболеваний. Тарифы регулярно индексируются.

В соответствии с Инструкцией по применению медицинских стандартов в больничных учреждениях и учету медицинской помощи в дневных стационарах (всех типов) в системе ОМС города Москвы при переводе пациента по медицинским показаниям из одного отделения в другое (кроме реанимационного) в пределах одного больничного учреждения в связи с заболеванием, этиологически не связанным с предыдущим, допускается учет медицинской помощи по каждому профильному отделению больницы при условии фактического соответствия объема и сроков медицинской помощи, оказанной в каждом из этих отделений, соответствующих медицинскому стандарту. При внесении в форму 066/у-02 кодов нескольких медицинских стандартов указывается длительность лечения по каждому стандарту отдельно.

Вопрос 17. Медицинская организация категорически не согласна с результатами экспертизы (МЭЭ, ЭКМП), проведенной страховой медицинской организацией. Обязан ли руководитель медицинской организации в данном случае подписывать акт экспертизы?

Ответ. При несогласии с результатами экспертизы акт также должен быть подписан руководителем медицинской организации в установленные сроки. В течение 15 дней после даты подписания Акта руководитель медицинской организации вправе обжаловать заключение СМО по результатам контроля. Процедура обжалования изложена в разделе XI Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденного приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 N 230.

Вопрос 18. Каковы способы оплаты амбулаторно-поликлинической помощи в 2013 г.?

Ответ. 70% объема медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях, выполняющих первичную медико-санитарную помощь (медицинские организации 1-го или 2-го уровня) оплачиваются по

принципу подушевого финансирования; 30% объема - за отдельные медицинские услуги (приемы, манипуляции, процедуры, исследования и т.п.).

Вопрос 19. Особенности учета цитологических/гистологических исследований при стационарном и амбулаторном лечении пациента.

Ответ. Стоимость цитологического/гистологического исследования биоматериала при амбулаторном лечении пациента оплачивается как амбулаторная услуга в соответствии с Московским городским реестром медицинских услуг в системе ОМС.

При стационарном лечении, оплачиваемом по медицинскому [стандарту](#), стоимость данного исследования учтена в структуре тарифа и не подлежит отдельной оплате.

Вопрос 20. Как обеспечить взаимопонимание со страховой медицинской организацией, проводящей медико-экономическую экспертизу, в случаях, когда те или иные манипуляции, включенные в структуру медицинского [стандарта](#), не были выполнены в связи с наличием противопоказаний, либо в связи с невозможностью их выполнения по состоянию больного, либо в связи с его отказом?

Ответ. В подобных случаях причина невыполнения тех или иных лечебных или диагностических мероприятий, входящих в структуру медицинского стандарта, должна быть подтверждена записями в первичной медицинской документации либо оформлена отказом пациента по установленной форме. Наличие четкого обоснования исключает возможность выявления страховой медицинской организацией дефекта в оказании медицинской помощи и применения финансовых санкций.

Вопрос 21. Какой код (законченного или прерванного случая) должен применяться при учете стационарной медицинской помощи при плановой госпитализации по медицинскому [стандарту](#) из раздела 79/179 с целью извлечения ранее установленных металлоконструкций?

Ответ. Несмотря на то, что данные случаи носят "законченный" характер и сроки госпитализации значительно сокращены по сравнению с нормативными, следует применять код прерванного случая "9".

Вопрос 22. Источники средств для оплаты медицинской помощи, оказанной гражданам Республики Беларусь, временно пребывающим в Российской Федерации и работающим в организациях города Москвы по трудовым договорам.

Ответ. Согласно [ст. 10](#) Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" к категориям застрахованных лиц наряду с гражданами Российской Федерации, относятся постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане. Временно пребывающие в Российской Федерации иностранные граждане и лица без гражданства к застрахованным в системе ОМС лицам не относятся.

Согласно Федеральному [закону](#) от 24.07.2009 N 212-ФЗ "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования" не осуществляется уплата страховых взносов на обязательное медицинское страхование за иностранных граждан и лиц без гражданства, временно пребывающих на территории РФ.

На основании изложенного временно пребывающие в Российской Федерации иностранные граждане и лица без гражданства, работающие на территории Российской Федерации по трудовым договорам и гражданско-правовым договорам, в том числе по договорам авторского заказа, обязательному медицинскому страхованию не подлежат.

В телеграмме Минздравсоцразвития России от 22 июля 2011 г. "Порядок оказания медицинской помощи гражданам Республики Беларусь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения Российской Федерации" разъясняется, что [Соглашением](#) между Правительством Российской Федерации и Правительством Республики Беларусь о порядке оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации в учреждениях здравоохранения Республики Беларусь и гражданам Республики Беларусь в учреждениях здравоохранения Российской Федерации, подписанным 24.01.2006, определены категории граждан Республики Беларусь, которым медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения Российской Федерации оказывается наравне с гражданами Российской Федерации. К этим категориям относятся граждане Республики Беларусь, имеющие почетное звание Герой Советского Союза и кавалер ордена Славы трех степеней, а также граждане Республики Беларусь, временно пребывающие в Российской Федерации и работающие в учреждениях (организациях) Российской Федерации по трудовым договорам, которым вне зависимости от принадлежности к системе обязательного медицинского страхования медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения Российской Федерации оказывается за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных бюджетом субъекта Российской Федерации.

В этой связи по вопросам оплаты медицинской помощи, оказанной гражданам Республики Беларусь, временно пребывающим в Российской Федерации и работающим в организациях города Москвы по трудовым договорам, медицинским организациям следует обращаться в Департамент здравоохранения города Москвы.

Письма МГФОМС по данному вопросу направлены в Департамент здравоохранения города Москвы (исх. N 6227 от 28.07.2011, N 3904 от 06.06.2012, N 1457 от 15.03.2013), Заместителю Мэра Москвы в Правительстве Москвы (исх. N 3903 от 06.12.2012).

Вопрос 23. Можно ли отказать пациенту в получении медицинской помощи при отсутствии сведений о пациенте в Региональном сегменте Единого регистра застрахованных или при предъявлении пациентом **полиса** или временного свидетельства, выданного на иной территории РФ?

Ответ. На основании **пункта 1 статьи 45** Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" полис ОМС является документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой **программой** ОМС.

Отсутствие сведений о пациенте в Региональном сегменте Единого регистра застрахованных при предъявлении действующего полиса или временного удостоверения не может являться поводом для ограничения прав пациента на получение медицинской помощи в медицинских организациях, включенных в Территориальный реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС города Москвы.

Вопрос 24. Оплачивается ли медицинская помощь, оказанная военнослужащим и другим, приравненным к ним лицам, из средств ОМС?

Ответ. В соответствии со **ст. 10** Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 28.07.2012) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" военнослужащие лица не подлежат обязательному медицинскому страхованию.

Конституционное право военнослужащих и других, приравненных к ним лиц, на бесплатную медицинскую помощь обеспечивается в соответствии с Федеральным **законом** от 27.05.1998 N 76-ФЗ "О статусе военнослужащих" (с изм. от 25.06.2012, от 15.10.2012).

Вопрос 25. Оплачивается ли медицинское освидетельствование граждан, желающих стать усыновителями, опекунами (попечителями) или приемными родителями, из средств ОМС?

Ответ. Медицинское освидетельствование граждан, желающих стать усыновителями, опекунами (попечителями) или приемными родителями, не является страховым случаем, при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию.

Раздел 9. Персонифицированный учет в системе обязательного медицинского страхования

Вопрос 1. Понятие персонифицированного учета. Сведения, необходимые при ведении персонифицированного учета.

Ответ. Согласно **ч. 1 ст. 43** Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" персонифицированный учет в сфере обязательного медицинского страхования - организация и ведение учета сведений о каждом застрахованном лице в целях реализации прав граждан на бесплатное оказание медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования.

В соответствии с **п. 4 ст. 44** Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ при ведении персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, осуществляются сбор, обработка, передача и хранение следующих сведений:

- 1) номер **полиса** ОМС застрахованного лица;
- 2) медицинская организация, оказавшая соответствующие услуги;
- 3) виды оказанной медицинской помощи;
- 4) условия оказания медицинской помощи;
- 5) сроки оказания медицинской помощи;
- 6) объемы оказанной медицинской помощи;
- 7) стоимость оказанной медицинской помощи;
- 8) диагноз;
- 9) профиль оказания медицинской помощи;
- 10) медицинские услуги, оказанные застрахованному лицу, и примененные лекарственные препараты;
- 11) примененные медико-экономические стандарты;
- 12) специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь;
- 13) результат обращения за медицинской помощью;
- 14) результаты проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Вопрос 2. Порядок взаимодействия медицинской организации с территориальным фондом и страховой медицинской организацией при ведении персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам.

Ответ. В соответствии со **ст. 47** Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" медицинские организации предоставляют сведения о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в территориальный фонд и страховую медицинскую организацию в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета, установленным

уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Данные персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным, предоставляются медицинскими организациями в страховые медицинские организации в объеме и сроки, установленные договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

Страховые медицинские организации и медицинские организации в соответствии с [правилами](#) организации государственного архивного дела хранят копии документов на бумажном и электронном носителях, содержащих сведения об оказанной медицинской помощи, предоставляемые в территориальный фонд для ведения персонифицированного учета.

Медицинские организации, страховые медицинские организации и территориальные фонды определяют работников, допущенных к работе с данными персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, обеспечивают их конфиденциальность в соответствии с установленными законодательством Российской Федерации требованиями по защите персональных данных.

После истечения срока, установленного для хранения копий документов на бумажном и электронном носителях в страховой медицинской организации, данные копии подлежат уничтожению на основании акта об их уничтожении, утверждаемого руководителем страховой медицинской организации.

Данные персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, подлежат хранению в соответствии с законодательством Российской Федерации.
