

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 26 февраля 2002 г. N 141-ПП

**«ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ»**

(в ред. постановлений Правительства Москвы от 25.11.2003 N 980-ПП, от 19.05.2009 N 463-ПП)

Во исполнение постановления Правительства Москвы от 22 января 2002 года N 62-ПП «О выполнении Программы обеспечения медицинской помощью населения г. Москвы на 2000-2001 гг. и мерах по охране здоровья москвичей в 2002-2003 гг.» в соответствии с постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 24 февраля 1993 года N 4543-1 «О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год» и в целях дальнейшего развития системы городского здравоохранения, совершенствования организации и финансирования медицинской помощи, предоставляемой населению по Московской городской программе обязательного медицинского страхования, Правительство Москвы постановляет:

1. Утвердить Правила обязательного медицинского страхования населения города Москвы (приложение).
2. Московскому городскому фонду обязательного медицинского страхования (МГФОМС) и Комитету здравоохранения Москвы привести нормативные документы, регламентирующие деятельность системы обязательного медицинского страхования, в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования населения города Москвы, утвержденными настоящим постановлением.
3. Считать утратившим силу постановление Правительства Москвы от 9 февраля 1999 года N 96 «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования населения г. Москвы».
4. Настоящее постановление подлежит опубликованию в официальных изданиях Правительства Москвы.
5. Контроль за выполнением настоящего постановления возложить на первого заместителя Мэра Москвы в Правительстве Москвы Швецову Л. И.

Мэр Москвы
Ю. М. Лужков

Приложение
к постановлению Правительства
Москвы
от 26 февраля 2002 г. N 141-ПП

ПРАВИЛА

ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

(в ред. постановлений Правительства Москвы от 25.11.2003 N 980-ПП, от 19.05.2009 N 463-ПП)

1. Общие положения

1.1. Правила обязательного медицинского страхования населения города Москвы (далее — Правила) разработаны в соответствии с Законом Российской Федерации от 28 июня 1991 года N 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 16 июля 1999 года N 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» и иными правовыми актами и распорядительными документами, действующими в системе обязательного медицинского страхования (далее — ОМС).

1.2. Настоящие Правила регулируют правоотношения в системе ОМС города Москвы.

1.3. В соответствии с Законом Российской Федерации от 28 июня 1991 года N 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» населению города Москвы гарантируются предоставление

медицинской помощи и ее оплата через систему ОМС в объеме и на условиях Московской городской программы ОМС.

Московская городская программа ОМС предусматривает виды и условия оказания медицинской и лекарственной помощи, перечень медицинских учреждений и страховых медицинских организаций, участвующих в реализации программы ОМС, а также Московский городской реестр медицинских услуг в системе ОМС.

Московский городской реестр медицинских услуг в системе ОМС, тарифы на медицинские услуги и стандарты стационарной медицинской помощи утверждаются в соответствии с Генеральным соглашением о тарифах на медицинские услуги, предоставляемые по Московской городской программе ОМС, Комиссией по тарифам на услуги в системе ОМС в установленном порядке.

1.4. В качестве субъектов ОМС выступают: гражданин, страхователь, страховая медицинская организация и медицинское учреждение. Реализацию государственной политики в области обязательного медицинского страхования в городе Москве обеспечивает Московский городской фонд ОМС (далее — МГФОМС).

1.5. При обязательном медицинском страховании населения города Москвы страхователем неработающего населения является Правительство Москвы; страхователями работающего населения являются предприятия, учреждения, организации, самозанятые граждане и иные хозяйствующие субъекты, зарегистрированные в установленном порядке в городе Москве (далее — предприятия).

1.6. Страховыми медицинскими организациями (далее — СМО), осуществляющими обязательное медицинское страхование, могут выступать юридические лица, являющиеся самостоятельными хозяйствующими субъектами с любыми предусмотренными законодательством Российской Федерации формами собственности, имеющие государственную лицензию на право заниматься обязательным медицинским страхованием и организующие свою деятельность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. СМО осуществляют обязательное медицинское страхование на некоммерческой основе.

2. Взаимоотношения МГФОМС со страхователем

2.1. МГФОМС является самостоятельным государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением, образуемым для аккумулирования поступающих страховых взносов и иных финансовых средств, определенных Положением о МГФОМС, обеспечения финансовой стабильности, всеобщности государственной системы обязательного медицинского страхования и выравнивания финансовых ресурсов на проведение ОМС.

2.2. Страхователи, расположенные на территории города Москвы, регистрируются в этом качестве и уплачивают страховые взносы на обязательное медицинское страхование, пени и штрафы в порядке, установленном действующим законодательством.

2.3. Финансирование Московской городской программы ОМС определяется с учетом поступления страховых взносов на обязательное медицинское страхование населения города Москвы от страхователей. В случае изменения финансового обеспечения системы ОМС в городе Москве правление МГФОМС вправе обратиться в Правительство Москвы с предложениями об изменении Московской городской программы ОМС.

2.4. МГФОМС обеспечивает всеобщность обязательного медицинского страхования на территории города Москвы.

3. Взаимоотношения страхователя и страховой медицинской организации

3.1. Взаимоотношения страхователя и СМО определяются договором обязательного медицинского страхования в форме договора взаимодействия МГФОМС, страхователя и страховой медицинской организации.

3.2. Договор страхования (взаимодействия) предусматривает обязательства СМО при наступлении страхового случая. Страховым случаем является обращение застрахованного в медицинское учреждение с целью получения медицинской помощи, предусмотренной программой ОМС.

3.3. Максимальная ответственность СМО по индивидуальному риску (стоимость медицинской помощи, оказанной конкретному лицу в течение срока действия договора) не определяется.

3.4. Договор страхования (взаимодействия) может быть расторгнут сторонами досрочно по основаниям и в сроки, предусмотренным в договоре, а также при расторжении договора между СМО и МГФОМС.

4. Взаимоотношения МГФОМС и страховых медицинских организаций

4.1. Финансирование обязательного медицинского страхования осуществляется по дифференцированным подушевым нормативам, определяемым на основе Временного порядка финансового взаимодействия и расходования средств в системе обязательного медицинского страхования, утвержденного Федеральным фондом обязательного медицинского страхования по согласованию с Минфином России и Минздравом России.

4.2. Договор о финансировании обязательного медицинского страхования регулирует взаимоотношения МГФОМС и СМО.

Для исполнения договоров о финансировании обязательного медицинского страхования необходимо Соглашение о порядке управления счетом ОМС, заключаемое МГФОМС, банковским учреждением и СМО.

МГФОМС осуществляет финансирование СМО в соответствии с Порядком финансового взаимодействия в системе ОМС города Москвы, утверждаемым Правлением МГФОМС, и на основании договоров о финансировании обязательного медицинского страхования по дифференцированным среднемушевым нормативам.

МГФОМС перечисляет страховые платежи на счет ОМС, открытый страховой медицинской организацией в соответствии с Соглашением о порядке управления счетом ОМС.

4.3. В соответствии с договором о финансировании обязательного медицинского страхования при недостатке у СМО средств для оплаты медицинской помощи в рамках Московской городской программы обязательного медицинского страхования она обращается в МГФОМС за субвенциями.

4.4. При нарушении страховой медицинской организацией требований Правил обязательного медицинского страхования населения города Москвы в части оплаты медицинской помощи застрахованным Московский городской фонд обязательного медицинского страхования в соответствии с договором о финансировании обязательного медицинского страхования применяет к СМО финансовые санкции.

Сумма средств ОМС, неправомерно полученная СМО, а также перечисленная страховой медицинской организацией в качестве оплаты по счетам лечебно-профилактических учреждений, относится на дебиторскую задолженность СМО и удерживается МГФОМС при последующих платежах.

4.5. В течение месяца после предоставления страховой медицинской организацией бухгалтерской (квартальной и годовой) отчетности МГФОМС и СМО производят сверку расчетов по средствам ОМС, в том числе доходов от инвестирования страховых резервов страховой медицинской организации, с оформлением акта сверки в установленном порядке.

4.6. В случае несвоевременного перечисления Московским городским фондом обязательного медицинского страхования страховой медицинской организации средств на обязательное медицинское страхование МГФОМС уплачивает страховой медицинской организации пени в размере 0,1% от суммы несвоевременно перечисленных средств за каждый день просрочки при отсутствии в СМО страховых резервов.

4.7. Для обеспечения выполнения принятых обязательств по реализации Московской городской программы ОМС страховая медицинская организация образует из полученных от МГФОМС средств в порядке и на условиях, установленных Московским городским фондом обязательного медицинского страхования, необходимые резервы оплаты медицинских услуг, запасной резерв и резерв финансирования предупредительных мероприятий.

4.8. МГФОМС осуществляет контроль за деятельностью страховых медицинских организаций в части целевого и рационального использования средств ОМС в соответствии с законодательными, нормативно-правовыми актами и распорядительными документами, действующими в системе ОМС.

4.9. МГФОМС устанавливает порядок формирования и использования страховыми медицинскими организациями финансовых резервов и фондов.

4.10. Средства, полученные СМО по регрессным искам, направляются на восстановление средств резервов страховой медицинской организации в полном объеме.

4.11. При выявлении случаев использования СМО средств обязательного медицинского страхования с нарушением законодательных, нормативно-правовых актов, распорядительных документов и договоров в системе ОМС СМО восстанавливает указанные средства за счет собственных средств.

Нецелевое расходование средств ОМС страховой медицинской организацией является основанием для предъявления к ней финансовых санкций, определенных договором о финансировании обязательного

медицинского страхования, и (или) расторжения договора о финансировании обязательного медицинского страхования и Соглашения о порядке управления счетом ОМС.

4.12. Доход, полученный за счет инвестирования временно свободных средств страховых резервов, используется на пополнение резервов и формирование доходов СМО в порядке и на условиях, устанавливаемых МГФОМС.

4.13. Средства, полученные в виде штрафов и пеней по договору о финансировании обязательного медицинского страхования, используются сторонами в соответствии с условиями указанного договора.

4.14. Во исполнение условий договора о финансировании обязательного медицинского страхования, Соглашения о порядке управления счетом ОМС и настоящих Правил МГФОМС в рамках своей компетенции обязан использовать все имеющиеся в его распоряжении средства для обеспечения финансовой стабильности системы обязательного медицинского страхования в городе Москве.

5. Взаимоотношения страховых медицинских организаций и медицинских учреждений в системе обязательного медицинского страхования

5.1. Медицинскими учреждениями в системе ОМС выступают хозяйствующие субъекты любых форм собственности, предусмотренных законодательством Российской Федерации, имеющие государственную лицензию на медицинскую деятельность и организовавшие деятельность по ОМС в соответствии с действующим законодательством и нормативными актами Российской Федерации и города Москвы.

5.2. Организация и порядок оказания медицинской помощи населению города Москвы, финансируемой за счет средств обязательного медицинского страхования, определяются совместно органами управления здравоохранением и МГФОМС.

5.3. Отношения между медицинским учреждением и СМО строятся на основании договора на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по обязательному медицинскому страхованию. Неотъемлемой частью договора является перечень оказываемых учреждением услуг.

Медицинское учреждение имеет право на заключение договора на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по ОМС при наличии лицензии на право занятия медицинской деятельностью, выданной Лицензионной комиссией Комитета здравоохранения Москвы, с приложением перечня видов медицинской помощи, предоставляемых в данном учреждении. Медицинские учреждения, не подведомственные Комитету здравоохранения Москвы, участвуют в реализации Московской городской программы ОМС на основании решения Межведомственной комиссии по отбору медицинских учреждений для выполнения Московской городской программы ОМС.

5.4. Медицинские учреждения оказывают медицинскую помощь в рамках Московской городской программы обязательного медицинского страхования на основе государственного задания. Медицинское учреждение, участвующее в реализации Московской городской программы ОМС на основе государственного задания, заключает со страховой медицинской организацией договор на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по ОМС.

5.5. По обязательствам договора на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по ОМС оплата счетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в городе Москве, осуществляется за счет средств страховых резервов страховой медицинской организации, принявшей на себя обязательства по оплате медицинскому учреждению предоставленной медицинской помощи в условиях ОМС.

Виды и способы оплаты медицинских услуг определяются Положением о порядке оплаты медицинской помощи в системе ОМС города Москвы.

5.6. Медицинское учреждение обязано вести отдельный учет использования средств ОМС и представлять в СМО, выполняющую обязательства по организации деятельности медицинского учреждения по ОМС, сведения по формам отчетности, утвержденным в установленном порядке.

5.7. Медицинское учреждение ведет учет пролеченных пациентов и объемов оказанной им медицинской помощи по ОМС в соответствии с инструктивными документами МГФОМС по информационному обеспечению системы ОМС и предъявляет к оплате счета за оказанную медицинскую помощь по формам, утвержденным МГФОМС.

Медицинские учреждения, пользующиеся корпоративной сетью автоматизированной системы ОМС (АИС ОМС), осуществляют информационное взаимодействие с СМО на аппаратно-программных комплексах в соответствии с распорядительными документами МГФОМС.

Медицинское учреждение обязано использовать все имеющиеся в его распоряжении средства для идентификации пациента, обратившегося за медицинской помощью.

5.8. Договоры, заключенные СМО с медицинскими учреждениями, по совокупности должны обеспечивать застрахованным по ОМС медицинскую помощь в полном объеме по всем видам, включенным в Московскую городскую программу ОМС.

5.9. Медицинское учреждение несет ответственность за:

— предоставление пациентам медицинской помощи надлежащего качества;

— предоставление в полном объеме и в установленные сроки достоверной информации о деятельности по обязательному медицинскому страхованию в городе Москве, в т.ч. об объемах оказанной медицинской помощи и расходовании средств ОМС;

— достоверный учет пролеченных пациентов и объема оказанной им помощи, формирование счетов-фактур, предъявляемых к оплате;

— предоставление достоверной ведомственной статистической отчетности.

5.10. СМО не вправе отказать медицинскому учреждению в заключении договора на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по ОМС.

5.11. Оплата счетов, предъявляемых медицинскими учреждениями, осуществляется страховыми медицинскими организациями ежемесячно по тарифам, утвержденным Комиссией по тарифам на медицинские услуги в системе ОМС города Москвы в соответствии с Генеральным соглашением о тарифах на медицинские услуги, предоставляемые по Московской городской программе ОМС.

Расчет и индексация тарифов на медицинские услуги производится в соответствии с Методикой расчета тарифов на медицинские услуги, оказываемые по Московской городской программе ОМС, утверждаемой Комиссией по тарифам на услуги в системе ОМС.

5.12. СМО проверяют достоверность сформированных и предъявленных к оплате счетов-фактур/реестров на пациентов и контролируют объем, сроки, обоснованность и качество оказанной застрахованным медицинской помощи в соответствии с Положением о медико-экономическом контроле объемов и экспертизе качества медицинской помощи.

5.13. СМО обеспечивают информационно-технологическую поддержку прикладных программных комплексов по учету лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг), оказанных по программе ОМС в медицинских учреждениях, пользующихся корпоративной сетью автоматизированной информационной системы ОМС, с которыми страховая медицинская организация состоит в договорных отношениях.

5.14. В случае невыполнения медицинским учреждением взятых на себя договорных обязательств СМО вправе применить к нему финансовые санкции, размер и основания для которых определены договором на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по ОМС и Положением о медико-экономическом контроле объемов и экспертизе качества медицинской помощи.

5.15. СМО несет ответственность за:

— оплату медицинской помощи, оказанной ее застрахованным, в срок и в полном объеме;

— проведение экспертной оценки предъявленных к оплате счетов-фактур/реестров на пациентов в соответствии с Положением о медико-экономическом контроле объемов и экспертизе качества медицинской помощи;

— обеспечение прав застрахованных при получении медицинской помощи и их защиту;

— целевое и рациональное использование средств ОМС.

СМО контролирует полноту представляемой медицинским учреждением ведомственной статистической отчетности.

При прекращении договорных отношений с медицинским учреждением страховая медицинская организация осуществляет оплату счетов-фактур за медицинскую помощь пациентам, лечение которых начато в период действия договора.

5.16. Нарушение договорных обязательств со стороны страховой медицинской организации может служить для медицинского учреждения основанием для:

— применения к страховой медицинской организации финансовых санкций, определенных договором;

— обращения за судебной защитой, о чем письменно должны быть уведомлены СМО, орган управления здравоохранением, МГФОМС.

6. Страховой медицинский полис, права и обязанности застрахованных

6.1. Страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования (далее — полис ОМС) выдается страховой медицинской организацией в установленном порядке. На территории города Москвы действует полис ОМС единого образца.

Полис ОМС является государственным документом, подтверждающим право застрахованного гражданина на бесплатное получение медицинских услуг в объеме действующей Московской городской программы ОМС.

На период оформления полиса ОМС действует лист регистрации заявки на выдачу полиса ОМС. Полис ОМС выдается СМО в порядке, установленном нормативно-распорядительными документами, действующими в системе ОМС города Москвы.

6.2. Полисы ОМС выдаются в городе Москве страховыми медицинскими организациями:

— гражданам Российской Федерации, иностранным гражданам и лицам без гражданства, имеющим место жительства в городе Москве;

— не имеющим в городе Москве места жительства гражданам Российской Федерации, иностранным гражданам и лицам без гражданства, работающим на московских предприятиях на основании соответствующих договоров.

6.3. СМО не имеет права отказать в выдаче полиса ОМС категориям граждан, указанным в п. 6.2 настоящих Правил.

В случае невозможности получения полиса ОМС гражданином лично полис ОМС может быть получен другим лицом при предъявлении им документа, удостоверяющего личность, личного заявления и доверенности на получение полиса ОМС.

За граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию в городе Москве на основании договоров обязательного медицинского страхования в форме договоров взаимодействия МГФОМС, страхователя и страховой медицинской организации, полисы ОМС по доверенности может получить представитель страхователя.

6.4. При обращении за медицинской помощью застрахованные обязаны предъявлять полис ОМС вместе с документом, удостоверяющим личность.

В случае необходимости получения медицинской помощи застрахованным, который по тем или иным причинам не имеет при себе полиса ОМС, он указывает застраховавшую его страховую медицинскую организацию или обращается за подтверждением в МГФОМС, которые обязаны подтвердить медицинскому учреждению факт страхования.

6.5. При увольнении работающего гражданина с места работы администрация предприятия обязана получить у него выданный ему ранее полис ОМС и вернуть его страховой медицинской организации.

6.6. СМО ведут регистры застрахованных и несут ответственность за сохранность, полноту и достоверность информации о своих застрахованных.

6.7. Объединение сводных регистров страховых медицинских организаций осуществляется на программном комплексе МГФОМС в виде Единого регистра застрахованных по ОМС, правила ведения и поддержки которого регламентируются распорядительными документами МГФОМС.

6.8. СМО обязаны ознакомить всех граждан, получающих полис ОМС, с действующей Московской городской программой ОМС, правами застрахованного при получении медицинской помощи, обязанностями страховой медицинской организации и медицинского учреждения в отношении застрахованного, указать адрес страховой медицинской организации, номера телефонов справочно-информационных служб страховой медицинской организации.