

**Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ
от 15 января 2007 г. N 31**

"О порядке и условиях дополнительной оплаты первичной медико-санитарной помощи, оказанной амбулаторно-поликлиническими учреждениями работающим гражданам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования"

Во исполнение статьи 20 Федерального закона от 19 декабря 2006 г. N 234-ФЗ "О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на 2007 год" (Российская газета от 29 декабря 2006 г. N 295) и постановления Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2006 г. N 864 "О порядке финансирования в 2007 году расходов на дополнительную оплату первичной медико-санитарной помощи, оказанной амбулаторно-поликлиническими учреждениями работающим гражданам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, за счет средств, перечисленных Фонду социального страхования Российской Федерации из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования" (Российская газета от 11 января 2007 г. N 2) приказываю:

1. Утвердить прилагаемый Порядок и условия дополнительной оплаты первичной медико-санитарной помощи, оказанной амбулаторно-поликлиническими учреждениями работающим гражданам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации В.И. Стародубова.

Министр

М.Ю. Зурабов

Зарегистрировано в Минюсте РФ 1 февраля 2007 г.
Регистрационный N 8877

Приложение

**Порядок и условия
дополнительной оплаты первичной медико-санитарной помощи, оказанной
амбулаторно-поликлиническими учреждениями работающим гражданам в рамках
территориальной программы обязательного медицинского страхования
(утв. приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ
от 15 января 2007 г. N 31)**

1. Настоящий Порядок регулирует условия и порядок осуществления в 2007 году Фондом социального страхования Российской Федерации функций по дополнительной оплате первичной медико-санитарной помощи, оказанной амбулаторно-поликлиническими учреждениями работающим гражданам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования за счет средств, перечисляемых Фонду социального страхования Российской Федерации из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - дополнительная оплата первичной медико-санитарной помощи).

2. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования со счета, открытого в установленном порядке в подразделении расчетной сети Центрального

банка Российской Федерации на балансовом счете по учету средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования, перечисляет средства на дополнительную оплату первичной медико-санитарной помощи на счет Фонда социального страхования Российской Федерации, открытый в установленном порядке в подразделении расчетной сети Центрального банка Российской Федерации на балансовом счете по учету средств Фонда социального страхования Российской Федерации.

3. Дополнительная оплата первичной медико-санитарной помощи производится региональными отделениями Фонда социального страхования Российской Федерации (далее - региональное отделение) в соответствии с договорами, типовая форма которых утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2006 г. N 864, заключаемыми с территориальными фондами обязательного медицинского страхования (далее - территориальный фонд) и амбулаторно-поликлиническими учреждениями, имеющими лицензию на медицинскую деятельность и оказывающими медицинскую помощь в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования (далее - амбулаторно-поликлиническое учреждение).

4. Дополнительной оплате подлежат услуги по первичной медико-санитарной помощи, оказанные работающим гражданам, застрахованным на случай временной нетрудоспособности, в системе обязательного медицинского страхования и обязательного пенсионного страхования, в период их временной нетрудоспособности, подтвержденной выданными им листками нетрудоспособности (далее - работающие граждане).

5. Дополнительной оплате подлежат услуги по первичной медико-санитарной помощи, оказанные амбулаторно-поликлиническими учреждениями в течение календарного года в период действия договора на предоставление медицинских услуг по обязательному медицинскому страхованию, в пределах средств, перечисленных региональному отделению на оплату соответствующих услуг.

6. Не подлежат дополнительной оплате услуги по первичной медико-санитарной помощи, оказанные женщинам в период беременности и родов, оплаченные на основании родовых сертификатов.

7. Дополнительная оплата первичной медико-санитарной помощи производится региональными отделениями в размере 25 процентов суммы счетов по оплате первичной медико-санитарной помощи, оказанной работающим гражданам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, оплаченных страховыми медицинскими организациями (при их отсутствии - территориальными фондами).

При этом оплате подлежат услуги по первичной медико-санитарной помощи, оказанные амбулаторно-поликлиническими учреждениями в соответствии с приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 июля 2005 г. N 487 "Об утверждении порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи" (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 30 августа 2005 г. N 6954) и от 13 октября 2005 г. N 633 "Об организации медицинской помощи" (по заключению Министерства юстиции Российской Федерации в государственной регистрации не нуждается, письмо Министерства юстиции Российской Федерации от 27 октября 2005 г. N 01/8234-ВЯ), за исключением медицинской помощи, оказываемой в дневных стационарах амбулаторно-поликлинических учреждений.

8. Дополнительная оплата первичной медико-санитарной помощи осуществляется на основании счетов по оплате 25 процентов суммы счетов по оплате первичной медико-санитарной помощи, оказанной работающим гражданам в рамках

территориальной программы обязательного медицинского страхования, оплаченных страховыми медицинскими организациями (при их отсутствии - территориальными фондами), прошедших в установленном порядке медико-экономическую экспертизу, оформленных по каждому амбулаторно-поликлиническому учреждению, подписанных уполномоченным руководителем должностным лицом амбулаторно-поликлинического учреждения, реестров этих счетов с отметкой о том, что представленные счета проверены территориальным фондом, а также сведений о работающих гражданах, которым оказана первичная медико-санитарная помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, составленных в порядке и по форме, утверждаемым Федеральным фондом обязательного медицинского страхования совместно с Фондом социального страхования Российской Федерации.

При несоблюдении требований, установленных первым абзацем настоящего пункта, первичная медико-санитарная помощь дополнительной оплате не подлежит.

9. При предоставлении территориальным фондом в региональное отделение сведений об изменении сумм счетов по оплате 25 процентов суммы счетов за первичную медико-санитарную помощь, оказанную работающим гражданам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, уточняются причины таких изменений и основания, которые послужили причиной корректировок сумм счетов, принятых к оплате (копии актов сверки расчетов).

На основании указанных документов, а также уточненных счетов, реестров этих счетов и сведений о работающих гражданах, которым оказана первичная медико-санитарная помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, представляемых территориальным фондом, региональным отделением производится сверка расчетов, а излишне выплаченные по необоснованно оплаченным счетам средства засчитываются в счет последующих платежей регионального отделения.