

Об утверждении Правил предоставления в 2006 году субсидий на дополнительную оплату амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной неработающим пенсионерам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования

Постановление · № 874 · от 31.12.2005 · Правительство Российской Федерации · Действует без изменений

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

ОТ 31 ДЕКАБРЯ 2005 Г. № 874

МОСКВА

Об утверждении Правил предоставления в 2006 году субсидий на дополнительную оплату амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной неработающим пенсионерам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования

Во исполнение статьи 6 Федерального закона "О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2006 год" (Российская газета, 2005, 27 декабря) Правительство Российской Федерации постановляет:

1. Утвердить прилагаемые Правила предоставления в 2006 году субсидий на дополнительную оплату амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной неработающим пенсионерам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.
2. Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации давать разъяснения по применению Правил, утвержденных настоящим постановлением.
3. Настоящее постановление вступает в силу с 1 января 2006 г.

Председатель Правительства
Российской Федерации М.Фрадков

УТВЕРЖДЕНЫ
постановлением Правительства
Российской Федерации
от 31 декабря 2005 г. № 874

ПРАВИЛА

предоставления в 2006 году субсидий на дополнительную оплату амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной неработающим пенсионерам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования

1. Настоящие Правила, разработанные в соответствии со статьей 6 Федерального закона "О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2006 год", определяют порядок предоставления в 2006 году за счет средств фонда софинансирования бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - Фонд) субсидий на дополнительную оплату амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной неработающим пенсионерам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - субсидии).
2. Субсидии предоставляются Фондом в установленном порядке территориальным фондам обязательного медицинского страхования (далее - территориальные фонды) в размере средств, предусмотренных Федеральным законом "О бюджете Федерального фонда обязательного

медицинского страхования на 2006 год" на дополнительную оплату амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной неработающим пенсионерам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - амбулаторно-поликлиническая помощь).

3. Предоставление субсидий осуществляется Фондом на основании представляемых территориальными фондами ежемесячно, не позднее 20-го числа месяца, следующего за отчетным, заявок на дополнительную оплату амбулаторно-поликлинической помощи (далее - заявка на получение субсидии) по форме, утверждаемой Фондом. Заявка на получение субсидии должна содержать, в частности, данные о численности неработающих пенсионеров, проживающих в субъекте Российской Федерации, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования и состоящих на учете в системе обязательного пенсионного страхования, сведения о сумме фактически оплаченных страховыми медицинскими организациями (а в субъекте Российской Федерации, где нет страховых медицинских организаций, - территориальным фондом) счетов за амбулаторно-поликлиническую помощь за отчетный месяц и сведения о перечислении органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в полном объеме страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения за отчетный месяц.

Организационное и информационное взаимодействие территориальных фондов с территориальными органами Пенсионного фонда Российской Федерации осуществляется на основе взаимосогласованного порядка обмена информацией о застрахованных неработающих пенсионерах.

4. Субсидия предоставляется территориальному фонду:

в размере 25 процентов указанной в заявке на получение субсидии суммы фактически оплаченных страховыми медицинскими организациями (а в субъекте Российской Федерации, где нет страховых медицинских организаций, - территориальным фондом) учреждениям здравоохранения счетов за амбулаторно-поликлиническую помощь за отчетный период - при выполнении условий и требований, установленных пунктами 5 и 6 настоящих Правил;

в размере норматива, устанавливаемого Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации (далее - норматив), - в случае невыполнения (частичного выполнения) условий и требований, установленных пунктами 5 и 6 настоящих Правил.

5. Субсидии предоставляются при условии принятия субъектом Российской Федерации и представления в Фонд следующих нормативных правовых актов субъекта Российской Федерации:

а) территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2006 год;

б) территориальные правила обязательного медицинского страхования;

в) порядок оплаты медицинской помощи, предусмотренной территориальной программой обязательного медицинского страхования;

г) порядок ведомственного и вневедомственного контроля за качеством медицинской помощи, оказываемой гражданам в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

6. Субсидии предоставляются при выполнении следующих требований (с документальным подтверждением):

а) осуществление централизованной уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации в 2006 году в размере не менее платежа, произведенного в 2005 году (в расчете на одного неработающего гражданина);

б) отсутствие на дату подачи заявки на получение субсидии задолженности по текущим платежам страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации;

в) наличие системы учета неработающих пенсионеров, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования, обеспечивающей возможность сопоставления содержащейся в ней

информации с данными индивидуального (персонифицированного) учета в системе обязательного пенсионного страхования;

г) обеспечение ведения страховыми медицинскими организациями (а в субъекте Российской Федерации, где нет страховых медицинских организаций, - территориальным фондом) в порядке, определяемом Фондом, персонифицированного учета оказанной учреждениями здравоохранения амбулаторно-поликлинической помощи.

7. Фонд перечисляет субсидию территориальному фонду ежемесячно на отдельный счет, открытый для целей дополнительной оплаты амбулаторно-поликлинической помощи в подразделениях расчетной сети Центрального банка Российской Федерации на балансовом счете по учету средств территориального фонда:

а) в размере 25 процентов суммы фактически оплаченных страховыми медицинскими организациями (а в субъекте Российской Федерации, где нет страховых медицинских организаций, - территориальным фондом) счетов за амбулаторно-поликлиническую помощь за отчетный месяц - начиная с 1-го числа месяца, следующего за месяцем, в котором выполнены условия и требования, установленные пунктами 5 и 6 настоящих Правил, но не позднее 25-го числа;

б) в размере норматива - начиная с 1 января 2006 г., но не позднее 5-го числа месяца, следующего за отчетным, до выполнения условий и требований, установленных пунктами 5 и 6 настоящих Правил.

8. При наличии задолженности субъекта Российской Федерации по страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения на дату подачи заявки на получение субсидии Фонд осуществляет перечисление субсидии в течение 5 рабочих дней после уплаты органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в полном объеме.

9. Субсидия, перечисленная в размере норматива за период до выполнения условий и требований, установленных пунктами 5 и 6 настоящих Правил, при выполнении указанных требований и условий подлежит перерасчету Фондом с учетом суммы фактически оплаченных страховыми медицинскими организациями (а в субъекте Российской Федерации, где нет страховых медицинских организаций, - территориальным фондом) за этот период счетов за амбулаторно-поликлиническую помощь, но не ранее чем с 1 января 2006 г., в порядке, устанавливаемом Фондом, с последующим перечислением территориальному фонду доначисленных средств.

10. Сведения о сумме фактически оплаченных страховыми медицинскими организациями счетов за амбулаторно-поликлиническую помощь представляются в территориальный фонд страховыми медицинскими организациями по каждому учреждению здравоохранения ежемесячно, не позднее 10-го числа месяца, следующего за отчетным.

11. Территориальный фонд в течение 5 рабочих дней после перечисления субсидии Фондом осуществляет дополнительную оплату учреждениям здравоохранения оказанной ими амбулаторно-поликлинической помощи.

12. Территориальные фонды представляют в Фонд отчетность об использовании средств на дополнительную оплату амбулаторно-поликлинической помощи в порядке и по форме, которые устанавливаются Фондом.

Учреждения здравоохранения ведут отдельный учет полученных средств и представляют территориальным фондам отчет об их использовании в порядке и по форме, которые устанавливаются Фондом.

13. Контроль за целевым использованием средств, направляемых на дополнительную оплату амбулаторно-поликлинической помощи, осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.