

О порядке и условиях осуществления оплаты услуг по дополнительной диспансеризации работающих граждан и оказанной им первичной медико-санитарной помощи

Приказ · № 290 · от 14.04.2006 · Министерство здравоохранения и социального развития · Действует без изменений

ПРИКАЗ

Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

от 14 апреля 2006 г. N 290

О порядке и условиях осуществления оплаты услуг
по дополнительной диспансеризации работающих граждан
и оказанной им первичной медико-санитарной помощи

Зарегистрирован Минюстом России 15 мая 2006 г.

Регистрационный N 7816

Во исполнение статьи 17 Федерального закона "О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на 2006 год" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2005, N 52, ст. 5586) и постановления Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2005 г. N 876 "О порядке финансового обеспечения в 2006 году расходов на оплату услуг по дополнительной диспансеризации работающих граждан и оказанной им первичной медико-санитарной помощи за счет средств, перечисленных из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования Фонду социального страхования Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N 7, ст. 772) приказываю:

1. Утвердить прилагаемый Порядок и условия осуществления в 2006 году оплаты услуг по дополнительной диспансеризации работающих граждан и оказанной им первичной медико-санитарной помощи.
 2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации В.И.Стародубова.
- Министр М.Ю.Зурабов

Приложение

ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ

осуществления в 2006 году оплаты услуг по дополнительной

диспансеризации работающих граждан и оказанной им первичной медико-санитарной помощи

1. Настоящий Порядок регулирует условия и порядок осуществления в 2006 году Фондом социального страхования Российской Федерации функций по оплате организациям, оказывающим медицинские услуги (далее - медицинские организации), проведенной ими дополнительной диспансеризации работающих граждан (далее - дополнительная диспансеризация) и оказанной работающим гражданам первичной медико-санитарной помощи (далее - первичная медико-санитарная помощь) за счет средств, перечисляемых Фонду социального страхования Российской Федерации из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования.
2. Оплата услуг по дополнительной диспансеризации производится региональными отделениями Фонда социального страхования Российской Федерации в соответствии с договорами, типовая форма которых утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2005 г. N 876, заключаемыми с территориальными фондами обязательного медицинского страхования (далее - территориальные фонды) и медицинскими организациями, имеющими лицензию на медицинскую деятельность, включая работы и услуги по специальностям "хирургия", "офтальмология",

"эндокринология", "неврология", "урология", "акушерство и гинекология", "терапия", "рентгенология", "клиническая лабораторная диагностика" и оказывающими медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования.

3. Дополнительная диспансеризация осуществляется с 1 октября 2006 г. Норматив затрат на проведение дополнительной диспансеризации одного работающего гражданина в 2006 году устанавливается в размере 500 рублей.

4. Дополнительная диспансеризация осуществляется в следующем объеме:

- осмотр врачами-специалистами: терапевтом (врачом-участковым, врачом общей практики (семейным врачом), эндокринологом, хирургом, неврологом, офтальмологом, урологом (для мужчин), акушером-гинекологом (для женщин);
- проведение лабораторных и функциональных исследований: клинический анализ крови, клинический анализ мочи, исследование холестерина крови, исследование уровня сахара в крови, электрокардиография, флюорография (1 раз в год), маммография (для женщин в возрасте 40-55 лет - 1 раз в 2 года) или УЗИ молочной железы.

5. При оказании первичной медико-санитарной помощи амбулаторно-поликлиническими учреждениями, имеющими лицензию на медицинскую деятельность и оказывающими медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования, оплате региональными отделениями Фонда социального страхования Российской Федерации в соответствии с договорами, типовая форма которых утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2005 г. N 876, заключаемыми с территориальными фондами и амбулаторно-поликлиническими учреждениями, подлежат услуги амбулаторно-поликлинической помощи.

6. Оплате подлежат услуги амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной гражданам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, работающим по трудовым и гражданско-правовым договорам, предметом которых является выполнение работ, оказание услуг, в пользу которых осуществляются выплаты и иные вознаграждения, состоящим на учете в системе обязательного пенсионного страхования, застрахованным в системе обязательного медицинского страхования.

7. 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 оплату дополнительной диспансеризации и 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.

8. 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 Фонда социального страхования Российской Федерации на оплату соответствующих услуг.

9. Оплата первичной медико-санитарной помощи производится региональными отделениями Фонда социального страхования Российской Федерации в размере 25 процентов от суммы оплаченных страховыми медицинскими организациями (при их отсутствии - территориальными фондами) счетов по оплате амбулаторно-поликлинической помощи.

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., регистрационный 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.
