

**ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА**

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ**  
**от 31 марта 2009 г. N 348**

**О ПРАВИЛАХ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
ГРАЖДАН В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ**

В целях совершенствования системы обязательного медицинского страхования граждан в Санкт-Петербурге и реализации конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи Правительство Санкт-Петербурга постановляет:

1. Утвердить Правила обязательного медицинского страхования граждан в Санкт-Петербурге.
2. Признать утратившим силу постановление Правительства Санкт-Петербурга от 30.12.2004 N 2088 "О Правилах обязательного медицинского страхования граждан в Санкт-Петербурге", за исключением пункта 5.
3. Контроль за выполнением постановления возложить на вице-губернатора Санкт-Петербурга Косткину Л.А.

Губернатор Санкт-Петербурга  
В.И.Матвиенко

УТВЕРЖДЕНЫ  
постановлением  
Правительства Санкт-Петербурга  
от 31.03.2009 N 348

**ПРАВИЛА**  
**ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН**  
**В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ**

1. Общие положения

1.1. Правила обязательного медицинского страхования граждан в Санкт-Петербурге (далее - Правила) разработаны в соответствии с Федеральным законом "Об основах обязательного социального страхования", Законом Российской Федерации "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации", Законом Российской Федерации "Об организации страхового дела в Российской Федерации", Типовыми правилами обязательного медицинского страхования граждан, утвержденными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 03.10.2003 N 3856/30-3/и, а также иными нормативными правовыми актами, регулирующими отношения в системе обязательного медицинского страхования граждан.

1.2. Правила устанавливают условия и порядок осуществления обязательного медицинского страхования граждан в Санкт-Петербурге.

1.3. Гражданам Российской Федерации гарантируется предоставление медицинской помощи и ее оплата через систему обязательного медицинского страхования в объемах и

на условиях, предусмотренных Территориальной программой обязательного медицинского страхования (далее - программа ОМС), являющейся частью Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге, утверждаемой законом Санкт-Петербурга.

1.4. Субъектами обязательного медицинского страхования выступают граждане, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение.

2. Взаимоотношения Территориального фонда обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга со страхователями

2.1. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга (далее - Территориальный фонд) осуществляет свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации и Положением о территориальном фонде обязательного медицинского страхования, утвержденным постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 24.02.1993 N 4543-1 "О Порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан в 1993 году".

2.2. Страхователем неработающих граждан в Санкт-Петербурге является Комитет по здравоохранению.

2.3. Платежи на обязательное медицинское страхование неработающих граждан в Территориальный фонд уплачиваются Комитетом по здравоохранению за счет средств, предусматриваемых на эти цели в законе Санкт-Петербурга о бюджете Санкт-Петербурга на соответствующий финансовый год.

2.4. В целях упорядочения сбора, обработки и представления информации о страховании, предоставлении медицинских услуг и финансовом взаимодействии в системе обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга осуществляется централизованная обработка данных и информационный обмен. Порядок централизованной обработки данных и информационного обмена определяется соглашением, заключаемым между Комитетом по здравоохранению и Территориальным фондом.

2.5. Страхователями для работающих граждан являются организации, физические лица, зарегистрированные в качестве индивидуальных предпринимателей, частные нотариусы, адвокаты, физические лица, заключившие трудовые договоры с работниками, а также выплачивающие по договорам гражданско-правового характера вознаграждения, на которые в соответствии с законодательством Российской Федерации начисляются налоги в части, подлежащей зачислению в фонды обязательного медицинского страхования.

2.6. Территориальный фонд осуществляет регистрацию страхователей по обязательному медицинскому страхованию.

3. Взаимоотношения страхователя и страховой медицинской организации

3.1. Страховыми медицинскими организациями (страховщиками), осуществляющими обязательное медицинское страхование, могут выступать юридические лица, являющиеся самостоятельными хозяйствующими субъектами с любыми предусмотренными законодательством Российской Федерации формами собственности, обладающие необходимым для осуществления обязательного медицинского страхования уставным капиталом, предусмотренным Законом Российской Федерации "Об организации страхового дела в Российской Федерации", и осуществляющие свою деятельность по обязательному медицинскому страхованию на некоммерческой основе в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Страховые медицинские организации осуществляют свою деятельность на основании лицензии, получаемой в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

3.2. Взаимоотношения страхователя и страховой медицинской организации определяются договорами обязательного медицинского страхования.

3.3. В пользу гражданина в течение одного и того же периода может быть заключен только один договор обязательного медицинского страхования.

3.4. Отношения по обязательному медицинскому страхованию работающих граждан возникают с момента заключения гражданином трудового договора с работодателем, зарегистрированным в установленном порядке в качестве налогоплательщика в территориальном налоговом органе и уплачивающим единый социальный налог или иной налог в части, исчисляемой и уплачиваемой в фонды обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации о налогах и сборах.

3.5. Страховая медицинская организация осуществляет оплату предоставленной застрахованному гражданину медицинской помощи (медицинских услуг) с момента заключения в пользу гражданина договора обязательного медицинского страхования с его страхователем.

3.6. Гражданин имеет право на выбор (замену) страховой медицинской организации.

Выбор (замена) страховой медицинской организации осуществляется гражданином (его законным представителем) по его письменному заявлению страхователю из числа страховых медицинских организаций, имеющих лицензию на проведение обязательного медицинского страхования на территории Санкт-Петербурга, перечень которых публикуется в официальных периодических изданиях, либо доводится до граждан иными способами в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Страхователь обязан не позднее десяти дней после получения письменного заявления от гражданина (его законного представителя) заключить в его пользу договор обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией, указанной этим гражданином.

В случае если гражданин, имеющий действующий полис обязательного медицинского страхования, не заявил страхователю о замене страховой медицинской организации, страхователь заключает в пользу гражданина договор обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией, в которой гражданин был застрахован ранее.

3.7. При реорганизации страховщика в период действия заключенного им договора обязательного медицинского страхования права и обязанности по этому договору переходят к страховой медицинской организации - правопреемнику страховщика в соответствии с действующим законодательством.

В случае ликвидации страховщика, а также в случае расторжения договора Территориального фонда со страховой медицинской организацией оплата медицинской помощи (медицинских услуг), предоставляемой по договорам обязательного медицинского страхования, заключенным данным страховщиком, осуществляется Территориальным фондом.

3.8. Максимальный объем обязательств страховщика по индивидуальному риску (стоимость медицинской помощи, оказанной конкретному лицу в течение срока действия договора обязательного медицинского страхования неработающих граждан и периода страхования работающих граждан) не определяется.

4. Взаимоотношения Территориального фонда и страховой медицинской организации

4.1. Взаимоотношения Территориального фонда и страховой медицинской организации регулируются на основании заключаемого между ними договора.

4.2. Финансирование обязательного медицинского страхования осуществляется Территориальным фондом на основании договора.

4.3. Финансирование обязательного медицинского страхования осуществляется по дифференцированным подушевым нормативам, рассчитываемым Территориальным фондом.

Территориальный фонд доводит до сведения страховых медицинских организаций дифференцированные подушевые нормативы в течение 10 дней со дня их пересмотра и утверждения.

4.4. Территориальный фонд не имеет права отказать страховой медицинской организации (ее филиалу) в заключении договора при наличии у последней заключенных договоров обязательного медицинского страхования граждан и договоров на оказание лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг), обеспечивающих реализацию программы ОМС в полном объеме.

4.5. При недостатке у страховой медицинской организации средств для оплаты медицинской помощи в рамках программы ОМС она обращается в Территориальный фонд за недостающими средствами в порядке, установленном Территориальным фондом.

4.6. При установлении Территориальным фондом объективных причин недостатка финансовых средств у страховой медицинской организации на оплату предоставленной застрахованным гражданам медицинской помощи (неточность дифференцированных нормативов, повышенная заболеваемость и др.) Территориальный фонд в установленном порядке на основании соответствующего решения выделяет страховой медицинской организации недостающие финансовые средства. Указанные средства используются строго по целевому назначению и в установленный срок, в противном случае они подлежат возврату в Территориальный фонд.

4.7. Территориальный фонд обязан полностью и своевременно в соответствии с договором финансировать страховую медицинскую организацию.

4.8. Предоставленные Территориальным фондом финансовые средства страховые медицинские организации используют в соответствии с их целевым назначением, определенным нормативными правовыми актами и условиями договора, а именно:

на оплату медицинской помощи (медицинских услуг);

на формирование резервов;

на расходы по ведению дела по обязательному медицинскому страхованию.

Для обеспечения выполнения принятых обязательств по оплате медицинской помощи (медицинских услуг) застрахованным гражданам страховая медицинская организация образует из полученных от Территориального фонда средств в порядке и на условиях, установленных Территориальным фондом, необходимые для предстоящих выплат резервы оплаты медицинской помощи (медицинских услуг) и запасной резерв, а также резерв финансирования предупредительных мероприятий по обязательному медицинскому страхованию.

4.9. Территориальный фонд устанавливает для страховых медицинских организаций нормативы финансовых резервов в процентах к финансовым средствам, передаваемым им на проведение обязательного медицинского страхования. При этом сумма средств в запасном резерве не должна превышать одномесячного, а в резерве финансирования предупредительных мероприятий - двухнедельного запаса средств на оплату медицинской помощи (медицинских услуг) в объеме программы ОМС.

4.10. Территориальный фонд устанавливает порядок использования страховыми медицинскими организациями финансовых резервов.

4.10.1. В резерв оплаты медицинской помощи (медицинских услуг) направляются финансовые средства, формируемые страховой медицинской организацией для оплаты

предстоящих медицинских услуг застрахованным гражданам (как остаток средств, не израсходованных на оплату медицинской помощи (медицинских услуг) в текущем периоде).

Средства резерва оплаты медицинской помощи (медицинских услуг) предназначены для оплаты в течение действия договоров страхования медицинской помощи (медицинских услуг), оказанной застрахованным гражданам в объеме и на условиях программы ОМС.

4.10.2. В запасной резерв направляются средства, предназначенные на финансирование программы ОМС, формируемые страховой медицинской организацией для возмещения превышения расходов на оплату медицинской помощи (медицинских услуг) над средствами, предназначенными на эти цели.

Средства запасного резерва могут быть использованы только на оплату медицинской помощи (медицинских услуг) застрахованным гражданам по обязательному медицинскому страхованию.

4.10.3. В резерв финансирования предупредительных мероприятий по программе ОМС направляются средства, формируемые страховой медицинской организацией для финансирования мероприятий по снижению заболеваемости среди граждан и других мероприятий, способствующих снижению затрат на осуществление программы ОМС при улучшении доступности и качества медицинских услуг и повышению эффективности использования финансовых средств медицинскими учреждениями.

Конкретные направления использования резерва финансирования предупредительных мероприятий и порядок расходования средств резерва устанавливаются Территориальным фондом по согласованию со страховыми медицинскими организациями.

4.11. По окончании отчетного периода (квартала) определяются финансовые результаты проведения обязательного медицинского страхования, и в случае превышения доходов над расходами сумма превышения направляется на пополнение резерва оплаты медицинской помощи (медицинских услуг), запасного резерва, резерва финансирования предупредительных мероприятий в порядке и на условиях, устанавливаемых Территориальным фондом, и на формирование дохода страховой медицинской организации в размере экономии расходов на ведение дела по сравнению с нормативными.

4.12. При выявлении случаев нецелевого и нерационального использования страховой медицинской организацией средств обязательного медицинского страхования Территориальный фонд применяет к указанной организации меры, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации и условиями договоров между Территориальным фондом и страховыми медицинскими организациями, кроме того, Территориальный фонд вправе расторгнуть договор со страховой медицинской организацией с одновременным обращением в орган, выдавший лицензию на обязательное медицинское страхование, с ходатайством о применении к ней соответствующих санкций.

4.13. Страховые медицинские организации, их филиалы в пределах переданных им полномочий, осуществляющие обязательное медицинское страхование на территории Санкт-Петербурга, отвечают перед Территориальным фондом за соблюдение обязательств по условиям договоров всеми средствами, полученными от Территориального фонда, сформированными резервами, предусмотренными на цели обязательного медицинского страхования, другими доходами, связанными с проведением обязательного медицинского страхования, в том числе от инвестирования временно свободных средств резервов, и представляют необходимую информацию Территориальному фонду.

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

5.1. Медицинскую помощь (медицинские услуги) в системе обязательного медицинского страхования оказывают медицинские учреждения любой формы собственности, имеющие лицензию на занятие соответствующими видами медицинской деятельности.

5.2. Отношения между медицинским учреждением и страховой медицинской организацией строятся на основании договора на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по обязательному медицинскому страхованию, заключенного в соответствии с Законом Российской Федерации "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации".

5.3. Медицинское учреждение в пределах своей плановой мощности и санитарно-гигиенических требований не вправе отказать страховой медицинской организации в заключении договора на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по обязательному медицинскому страхованию в отношении застрахованных ею граждан.

5.4. При невозможности оказать застрахованному гражданину медицинскую помощь (медицинские услуги) надлежащим образом в объеме, предусмотренном программой ОМС, медицинское учреждение обязано в установленном порядке направить застрахованного гражданина для получения необходимой помощи в другое учреждение, включенное в перечень медицинских организаций и учреждений здравоохранения, предоставляющих медицинскую помощь в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге в рамках программы ОМС.

5.5. Расчеты между страховой медицинской организацией и медицинским учреждением производятся путем оплаты страховой медицинской организацией счетов медицинского учреждения.

5.6. Тарифы на медицинские услуги при обязательном медицинском страховании определяются тарифным соглашением между Комитетом по здравоохранению, страховыми медицинскими организациями, профессиональными медицинскими ассоциациями Санкт-Петербурга и Территориальным фондом (далее - тарифное соглашение).

Тарифное соглашение формируется на основании решений тарифной комиссии по обязательному медицинскому страхованию.

Положение о тарифной комиссии по обязательному медицинскому страхованию утверждается Правительством Санкт-Петербурга.

Порядок предоставления медицинской помощи (медицинских услуг) в медицинских учреждениях и порядок оплаты за медицинскую помощь (медицинские услуги) в рамках программы ОМС определяются Положением об организации, порядке оказания и оплате медицинской помощи (медицинских услуг) в системе обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга, которое утверждается Комитетом по здравоохранению и согласовывается сторонами тарифного соглашения.

5.7. За непредоставление или предоставление застрахованным гражданам медицинской помощи (медицинских услуг) ненадлежащего объема, качества или в неустановленные сроки, за несвоевременное направление больного на последующий этап оказания медицинской помощи и другие нарушения оказания медицинской помощи (медицинских услуг) медицинское учреждение несет ответственность в соответствии с договором на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по обязательному медицинскому страхованию.

5.8. Контроль качества медицинской помощи, предоставленной застрахованным гражданам по программе ОМС, осуществляется страховой медицинской организацией, Комитетом по здравоохранению и Территориальным фондом (в части, касающейся контроля качества медицинской помощи (медицинских услуг), оказанных гражданам,

застрахованным по обязательному медицинскому страхованию вне Санкт-Петербурга) в рамках их полномочий.

5.9. Страховая медицинская организация в случае досрочного расторжения ею договора обязательного медицинского страхования не позднее двух дней после расторжения договора письменно уведомляет медицинское учреждение и Территориальный фонд о расторжении договора и прекращении действия страховых полисов граждан, застрахованных по данному договору страхования.

6. Страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования, права и обязанности застрахованных граждан

6.1. Страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования (далее - страховой полис) удостоверяет заключение договора обязательного медицинского страхования в пользу гражданина и выдается страховой медицинской организацией каждому застрахованному гражданину или страхователю в порядке, установленном договором обязательного медицинского страхования.

Страховой полис является документом строгой отчетности. Порядок и форма представления страхователями, страховыми медицинскими организациями и медицинскими учреждениями информации в электронном виде о страховых полисах устанавливаются Территориальным фондом.

Территориальный фонд принимает меры к недопущению случаев выдачи застрахованному гражданину двух и более страховых полисов обязательного медицинского страхования.

6.2. При обращении за медицинской помощью застрахованные граждане обязаны предъявлять страховой полис вместе с документом, удостоверяющим личность.

Отсутствие у гражданина страхового полиса и(или) документов, удостоверяющих личность, не является основанием для отказа в предоставлении ему медицинской помощи.

В случае необходимости получения медицинской помощи застрахованным, не имеющим возможности предъявить страховой полис, он указывает застраховавшую его страховую медицинскую организацию. Медицинское учреждение обращается за подтверждением в указанную гражданином страховую медицинскую организацию или Территориальный фонд, которые обязаны подтвердить медицинскому учреждению факт страхования и обеспечить застрахованного страховым полисом.

Оказание медицинской помощи (медицинских услуг) гражданам Российской Федерации, которые имеют право быть застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, но в их пользу не заключены договоры обязательного медицинского страхования, гражданам, которые не имеют регистрации по месту пребывания и по месту жительства в пределах Российской Федерации, а также гражданам, личность которых не установлена, осуществляется в пределах перечня заболеваний и видов медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с программой ОМС, и оплачивается Территориальным фондом.

6.3. Действие страховых полисов прекращается в соответствии с договором обязательного медицинского страхования.

6.4. В случае утраты страхового полиса застрахованный гражданин обязан лично или через представителя страхователя известить об этом страховщика путем подачи письменного заявления с указанием обстоятельств утраты полиса.

Утраченный страховой полис считается недействительным, о чем страховщик сообщает заинтересованным медицинским учреждениям и Территориальному фонду.

Страховая медицинская организация обязана обеспечить застрахованного гражданина повторно выдаваемым страховым полисом.

6.5. Медицинское учреждение, работающее в системе обязательного медицинского страхования, не позднее 30 календарных дней с момента заключения договора о

предоставлении лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по обязательному медицинскому страхованию обязано представлять гражданам, имеющим страховой полис, следующую информацию:

- перечень видов медицинской помощи, входящих в программу ОМС и оказываемых в данном медицинском учреждении;

- список врачей, работающих в данном медицинском учреждении;

- сведения о местонахождении и телефонах страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование на территории Санкт-Петербурга, местонахождении и телефонах органов управления здравоохранением;

- копию лицензии медицинского учреждения на право осуществления медицинской деятельности;

- сведения (объявления) о режиме работы медицинского учреждения, его юридическом адресе (местонахождении) и номере телефона;

- сведения о льготах, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации и Санкт-Петербурга для отдельных категорий граждан.

При неисполнении или ненадлежащем исполнении медицинским учреждением обязанности по информированию застрахованных граждан, возложенной на него в настоящем пункте Правил, медицинское учреждение несет ответственность в соответствии с договором на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по обязательному медицинскому страхованию.

6.6. Страховая медицинская организация обязана информировать застрахованных граждан:

- о правах граждан в системе обязательного медицинского страхования;

- о правах пациента;

- о местонахождении и номерах телефонов страховой медицинской организации и служб по защите прав застрахованных граждан;

- о порядке организации страховой медицинской организацией круглосуточной информационно-справочной службы и приема граждан;

- о порядке получения страхового полиса;

- о порядке организации и оплаты медицинской помощи гражданам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию вне Санкт-Петербурга;

- о порядке организации и оплаты медицинской помощи гражданам при отсутствии у них регистрации по месту жительства и месту пребывания;

- о порядке организации и оплаты медицинской помощи гражданам при отсутствии у них страхового полиса.

Информация должна представляться в наглядной и доступной форме и находиться в удобном для ознакомления месте во всех медицинских учреждениях, с которыми страховщик заключил договоры, с момента вступления указанных договоров в силу.

Гражданин имеет право обратиться к застраховавшей его страховой медицинской организации по вопросам защиты его интересов в обязательном медицинском страховании, а страховая медицинская организация обязана обеспечить ему защиту указанных интересов.

При обращении застрахованного гражданина к страхователю последний обязан принять все необходимые меры к защите нарушенных прав застрахованного и в течение суток с момента обращения застрахованного сообщить страховой медицинской организации о нарушении прав застрахованного.

При обращении застрахованного гражданина в страховую медицинскую организацию последняя в течение трех суток с момента получения ею сообщения о непредоставлении или несоблюдении условий предоставления медицинской помощи застрахованному обязана решить вопрос о сроках, месте и виде оказания застрахованному необходимой медицинской помощи (медицинских услуг) либо дать ему мотивированный отказ.

К заявлению застрахованным гражданином могут быть приложены документы, подтверждающие обоснованность его требований.

6.7. Права застрахованных граждан по выбору медицинских учреждений и условия предоставления им медицинской помощи (медицинских услуг) устанавливаются программой ОМС и договором на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по обязательному медицинскому страхованию.

---