|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**ПОРЯДОК**

**возмещения гражданам денежных средств,**

**затраченных на оплату медицинской помощи, подлежащей**

**оплате за счет средств обязательного медицинского страхования**

1. Порядок возмещения гражданам денежных средств, затраченных на оплату медицинской помощи, подлежащей оплате за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – Порядок) разработан в целях обеспечения конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздрава России от 28.02.2011 № 108н, Территориальной программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации на территории Магаданской области (далее – Территориальная программа), Тарифным соглашением по оплате медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Магаданской области (далее – Тарифное соглашение) и иными нормативными правовыми актами.

2. Настоящий Порядок предназначен для регламентирования действий страховых медицинских организаций (далее – СМО), территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее – Фонд), медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Магаданской области (далее – медицинские организации), по возмещению гражданам денежных средств, затраченных на оплату медицинской помощи, подлежащей оплате за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС).

3. Медицинские организации в соответствии с законодательством Российской Федерации и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – договор) несут ответственность за объем и качество предоставляемых медицинских услуг и за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

4. В случае нарушения медицинскими организациями условий договора СМО (Фонд) вправе уменьшить представленный медицинской организацией счет на сумму выявленных дефектов из очередного платежа медицинской организации в соответствии с финансовыми санкциями, установленными Размером неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а так же уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качеств, установленными в разделе IV «Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи» (пункт 153 Правил ОМС), а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества» Тарифного соглашения.

5. Медицинская организация возмещает гражданам денежные средства в случаях:

5.1. Полной или частичной оплаты амбулаторно-поликлинической, стационарной медицинской помощи, медицинской помощи в условиях дневных стационаров, подлежащей оплате за счет средств ОМС, в соответствии с перечнем заболеваний и видов медицинской помощи, утвержденных Территориальной программой.

5.2. Приобретения назначенных лечащим врачом по медицинским показаниям лекарственных препаратов, расходных материалов и иных изделий медицинского назначения в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи при получении стационарной медицинской помощи, медицинской помощи в условиях дневных стационаров, а также при оказании экстренной и неотложной медицинской помощи, стоматологической помощи (за исключением протезирования и приобретения брекет систем).

6. Возмещение денежных средств производится медицинской организацией гражданину, затратившему денежные средства на оплату медицинской помощи, приобретение назначенных лечащим врачом лекарственных препаратов, расходных материалов и иных изделий медицинского назначения для лица, застрахованного по ОМС. В случае смерти гражданина, право на возмещение денежных средств переходит к его наследникам.

7. Для рассмотрения вопроса о возмещении денежных средств гражданин, которому оказывалась медицинская помощь, представляет в СМО по месту страхования лица или Фонд (для лиц, застрахованных на территории других субъектов Российской Федерации) следующие документы:

7.1. Письменное заявление о возмещении денежных средств по форме согласно приложению 1 к настоящему Порядку;

7.2. Выписку из истории болезни (при наличии), а также документы, подтверждающие факт приобретения лекарственных средств и изделий медицинского назначения, содержащие их названия, формы выпуска, количество и стоимость (кассовые и товарные чеки) или договор на оказание платных медицинских услуг (при наличии), квитанцию об оплате медицинских услуг или другие документы, подтверждающие факт получения медицинской организацией денежных средств.

7.3. Доверенность, свидетельство о праве на наследство при необходимости.

8. СМО (Фонд) после получения всех необходимых документов и при наличии счета от медицинской организации за оказанную застрахованному лицу медицинскую помощь организует и проводит в медицинской организации медико-экономическую экспертизу в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19.03.2021 № 231н (далее – Порядок организации и проведения контроля), в срок, не превышающий 30 дней с момента регистрации заявления.

9. По результатам медико-экономической экспертизы составляется акт медико-экономической экспертизы, который подписывается врачом-экспертом, руководителем СМО (Фонда) и главным врачом медицинской организации в порядке, определенном Порядком организации и проведения контроля.

10. В случае установления факта взимания в медицинской организации денежных средств при оказании застрахованному по ОМС лицу медицинской помощи, подлежащей оплате за счет средств ОМС в рамках Территориальной программы, медицинская организация возмещает гражданину понесенные им расходы.

СМО (Фонд) в течение 5 рабочих дней после проведения медико-экономической экспертизы направляет акт медико-экономической экспертизы, Предписание на уплату штрафа и требование о возмещении затраченных денежных средств застрахованному лицу в медицинскую организацию и письменно уведомляет заявителя о результатах экспертизы и принятом решении (о возмещении медицинской организацией неправомерно понесенных расходов или об отказе в удовлетворении требований заявителя).

11. Основанием для возмещения денежных средств гражданину является акт медико-экономической экспертизы. При отсутствии разногласий с результатами медико-экономической экспертизы медицинская организация перечисляет денежные средства не позднее 25 рабочих дней с момента получения акта медико-экономической экспертизы на банковский счет заявителя.

При несогласии с результатами медико-экономической экспертизы СМО медицинская организация направляет претензию в Фонд в течение 15 рабочих дней с момента получения акта медико-экономической экспертизы от СМО. В случае согласия Фонда с результатами медико-экономической экспертизы СМО медицинская организация перечисляет денежные средства заявителю в срок не позднее 10 рабочих дней с момента получения решения Фонда.

СМО в течение 5 рабочих дней c момента получения решения Фонда письменно уведомляет заявителя о результатах рассмотрения и принятом решении (о возмещении неправомерно понесенных расходов или об отказе в удовлетворении требований заявителя).

12. Медицинская организация в течение 5 рабочих дней со дня перечисления денежных средств заявителю направляет в СМО (Фонд) копии платежных документов.

13. Отчетность СМО по возмещению гражданам денежных средств утверждена Федеральным Фондом обязательного медицинского страхования.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 1  **к** Порядку возмещения гражданам денежных средств, затраченных на оплату медицинской помощи, подлежащей оплате за счет средств обязательного медицинского страхования |

**Примерная форма**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Руководителю СМО (Фонда)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О.)  от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О. заявителя)  Паспорт № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Зарегистрирован по адресу:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Полис ОМС серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Заявление**

**о возмещении денежных средств**

Прошу возместить мне расходы, понесенные при получении медицинских услуг в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование медицинской организации)

в сумме\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Мои денежные затраты возникли при следующих обстоятельствах:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Прилагаю на\_\_\_\_\_\_ листах следующие документы, подтверждающие факт получения медицинских услуг в медицинской организации (выписка из медицинской карты) и факт оплаты мною суммы, подлежащей возмещению (товарные и кассовые чеки):

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу возместить мне денежные средства путем (нужное подчеркнуть) почтового перевода, перевода денег на мой счет № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(банковские реквизиты заявителя)

Дата: «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)