

**ПОРЯДОК**  
**возмещения гражданам денежных средств,**  
**затраченных на оплату медицинской помощи, подлежащей**  
**оплате за счет средств обязательного медицинского страхования**

---

*Пункт 1 изложен в новой редакции (решение комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Кировской области от 31.03.2015 № 3/1). Распространяется на правоотношения, возникшие с 01.01.2015.*

---

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 на территории Кировской области 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 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н, Территориальной программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации на территории Кировской области (далее – Территориальная программа), Тарифным соглашением по оплате медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Кировской области (далее – Тарифное соглашение) и иными нормативными правовыми актами.

2. Настоящий Порядок предназначен для регламентирования действий страховых медицинских организаций (далее – СМО), Кировского областного территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее – Фонд), медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Кировской 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.

---

*Пункт 4 изложен в новой редакции (решение комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Кировской области от 31.03.2015 № 3/1). Распространяется на правоотношения, возникшие с 01.01.2015.*

---

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 Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи и применяемых финансовых санкций, установленными приложением 11 «Размер 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 качества» к Тарифному соглашению.

5. Медицинская организация возмещает гражданам денежные средства в случаях:

5.1. Полной или частичной оплаты амбулаторно-поликлинической, стационарной и/или стационарозамещающей медицинской помощи, 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 и/или стационарозамещающей медицинской помощи, 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 обязательному медицинскому страхованию. 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 РФ) 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 проведение в медицинской организации медико-экономической экспертизы 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 01.12.2010 № 230 (далее – Порядок организации и проведения контроля), в срок, не превышающий 15 дней с момента регистрации заявления.

9. По результатам медико-экономической экспертизы составляется акт медико-экономической экспертизы по форме согласно приложению 2 к настоящему Порядку, 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 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 или направляет в его адрес почтовым переводом (расходы по переводу в этом случае вычитаются из суммы, подлежащей возмещению гражданину).

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.

При несогласии с результатами медико-экономической экспертизы Фонда или решением Фонда по результатам медико-экономической экспертизы СМО медицинская организация в течение 5 рабочих дней с момента получения решения направляет претензию в Областную медицинскую экспертную комиссию, утвержденную приказом департамента здравоохранения Кировской области и Фондом от 07.06.2007 № 275/146 «Об Областной медицинской экспертной комиссии». В случае если результаты рассмотрения Областной медицинской экспертной комиссии совпадают с результатами медико-экономической экспертизы Фонда (решением Фонда), медицинская организация перечисляет денежные средства заявителю в срок не позднее 5 рабочих дней с момента получения решения Областной медицинской экспертной комиссии.

СМО в течение 5 рабочих дней с момента получения решения Фонда (решения Областной медицинской экспертной комиссии) 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 утверждается Фондом.

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)

Разрешаю пользоваться медицинской документацией по данному случаю оказания мне медицинской помощи.

Дата: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Подпись \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

Приложение 2  
к Порядку возмещения гражданам  
денежных средств, затраченных на  
оплату медицинской помощи,  
подлежащей оплате за счет средств  
обязательного медицинского  
страхования

Акт медико-экономической экспертизы № \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

1. Наименование проверяющей организации: \_\_\_\_\_.

2. Ф.И.О. врача-эксперта: \_\_\_\_\_.

3. Наименование медицинской организации: \_\_\_\_\_.

4. Наличие лицензии на осуществление медицинской деятельности:

лицензия № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ действительна до \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

5. Ф.И.О. больного, дата рождения \_\_\_\_\_.

адрес регистрации \_\_\_\_\_.

6. Номер и серия полиса \_\_\_\_\_,

наименование СМО \_\_\_\_\_.

7. Номер истории болезни \_\_\_\_\_.

8. Сроки лечения: с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_.

9. Клинический диагноз (код по МКБ):

основное заболевание \_\_\_\_\_.

сопутствующее \_\_\_\_\_.

осложнения \_\_\_\_\_.

10. Оказана экстренная (плановая) медицинская помощь. В случае оказания плановой медицинской помощи указать: кем направлен пациент.

11. Вид оказанной медицинской помощи: стационарная, амбулаторно-поликлиническая, дневной стационар.

12. В ходе проведения экспертизы выявлено:

12.1. Факт приобретения гражданином лекарственных препаратов, необходимых для лечения в период пребывания в стационаре, дневном стационаре по назначению лечащего врача, а также при оказании экстренной и неотложной помощи подтвердился (не подтвердился) \_\_\_\_\_.

12.2. Факт приобретения гражданином изделий медицинского назначения, необходимых для лечения в период пребывания в стационаре, дневном стационаре по назначению лечащего врача, а также при оказании экстренной и неотложной помощи подтвердился (не подтвердился) \_\_\_\_\_.

12.3. Факт оплаты гражданином медицинской помощи (медицинских услуг), предусмотренной Территориальной программой ОМС, утвержденной постановлением Правительства Кировской области от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ подтвердился (не подтвердился) \_\_\_\_\_.

12.4. Лекарственные препараты и изделия медицинского назначения, приобретенные гражданином, и оплаченные медицинские услуги были назначены лечащим врачом, о чем

есть соответствующие записи в первичной медицинской документации (записи отсутствуют) \_\_\_\_\_:

Финансовый документ (товарный чек, счет-фактура, договор на оказание платных мед. услуг)	Наименование ЛС и изделий медицинского назначения, медицинских услуг	Единица измерения	Количество	Цена (руб.)	Сумма (руб)
				ИТОГО:	

13. Заключение врача-эксперта: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. Размер уменьшения оплаты медицинских услуг по выявленным дефектам:

Источник информации (Фамилия, имя, отчество, № талона или медицинской карты)	Причина отказа	Основание уменьшения оплаты медицинских услуг	Размер уменьшения оплаты медицинской помощи, руб.	Сумма денежных средств для возмещения застрахованному, руб.
		ИТОГО:		

Копии заявления, кассовых и товарных чеков на \_\_\_\_\_ листах прилагаются.

Врач-эксперт:

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Главный врач МО:

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

М.П.

Руководитель СМО (Фонда):

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

М.П.