

**ПОРЯДОК И РАЗМЕРЫ
возмещения расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской
помощи в экстренной форме медицинской организацией,
не участвующей в реализации Территориальной программы
государственных гарантий бесплатного оказания населению
Ярославской области медицинской помощи на 2022 год
и на плановый период 2023 и 2024 годов**

1. Порядок и размеры возмещения расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме медицинской организацией, не участвующей в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Ярославской области медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов (далее – Порядок и размеры), устанавливают правила возмещения расходов, связанных с бесплатным оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме медицинской организацией, не участвующей в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Ярославской области медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов, осуществляющей свою деятельность на территории Ярославской области (далее – медицинская организация).

2. Под медицинской помощью в экстренной форме понимается медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента. Оказание медицинской помощи в экстренной форме осуществляется медицинскими организациями безотлагательно и бесплатно.

Оказание медицинской помощи в экстренной форме осуществляется в соответствии со стандартами оказания скорой медицинской помощи, утвержденными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации, по состояниям, синдромам, заболеваниям. При оказании медицинской помощи в экстренной форме на пациента оформляется первичная медицинская документация в соответствии с условиями оказания медицинской помощи.

Медицинская организация, оказавшая медицинскую помощь в экстренной форме, сохраняет медицинскую документацию, подтверждающую факт оказания медицинской помощи в экстренной форме.

3. Возмещение расходов за фактически оказанную медицинской организацией медицинскую помощь в экстренной форме (далее – возмещение расходов) осуществляется на основании договора о возмещении расходов (далее – договор) в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации:

- в отношении застрахованных лиц – по тарифам, установленным тарифным соглашением в системе обязательного медицинского страхования Ярославской области на соответствующий год;

- в отношении граждан, не подлежащих в соответствии с законодательством Российской Федерации обязательному медицинскому страхованию, населения, не идентифицированного и не застрахованного в системе обязательного медицинского страхования, – за счет средств областного бюджета (за счет субсидии на финансовое обеспечение выполнения государственного задания) в размере 488,0 рубля за один случай оказания медицинской помощи в экстренной форме.

4. Договор заключается медицинской организацией с медицинской организацией, участвующей в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Ярославской области медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов, на территории обслуживания которой оказана медицинская помощь в экстренной форме (далее – обслуживающая организация):

- в случае оказания медицинской помощи в экстренной форме вне медицинской организации – с обслуживающей организацией, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации на данной территории обслуживания;

- в случае оказания медицинской помощи в экстренной форме в медицинской организации – с обслуживающей организацией, оказывающей первичную медико-санитарную помощь на данной территории обслуживания.

5. Возмещение расходов осуществляется в безналичной форме на основании следующих документов, представленных в обслуживающую организацию до 20-го числа месяца, следующего за месяцем фактического оказания медицинской помощи в экстренной форме, но не позднее 50 дней с даты окончания фактического оказания такой медицинской помощи:

- выписка из медицинской карты больного, подтверждающая факт оказания медицинской помощи в экстренной форме, заверенная руководителем медицинской организации;

- счет-фактура за оказание медицинской помощи, оформленный в установленном порядке и заверенный подписью уполномоченного должностного лица и печатью медицинской организации;

- заявка на возмещение расходов, связанных с оказанием медицинской помощи в экстренной форме, по форме согласно приложению 1 к Порядку и размерам;

- реестр сведений об оказании медицинской помощи в экстренной форме по форме согласно приложению 2 к Порядку и размерам;

- копия устава медицинской организации, заверенная в установленном действующим законодательством Российской Федерации;

- копия лицензии на осуществление медицинской деятельности, заверенная нотариально или организацией, выдавшей лицензию;

- копия сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации специалиста, заверенная в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

6. Обслуживающая организация регистрирует документы в день их поступления.

Врачебная комиссия обслуживающей организации в течение 10 рабочих дней с даты регистрации документов осуществляет их проверку, принимает решение о возмещении расходов либо об отказе в возмещении расходов и информирует медицинскую организацию о принятом решении.

Решение оформляется приказом обслуживающей организации.

Основания для принятия решения об отказе в возмещении расходов:

- оказание медицинской помощи, не соответствующей требованиям абзаца первого пункта 2 Порядка и размеров;
- нарушение установленных Порядком и размерами сроков представления в обслуживающую организацию необходимых документов;
- несоответствие представленных медицинской организацией документов требованиям Порядка и размеров или представление указанных документов не в полном объеме;
- недостоверность представленной медицинской организацией информации.

7. В случае принятия решения о возмещении расходов обслуживающая организация в течение 5 рабочих дней со дня издания соответствующего приказа направляет в адрес медицинской организации проект договора в двух экземплярах, а в случае принятия решения об отказе в возмещении расходов – уведомление об отказе в возмещении расходов с указанием причин отказа.

Медицинская организация в течение 5 рабочих дней со дня получения проекта договора представляет в обслуживающую организацию подписанный проект договора в двух экземплярах.

Обслуживающая организация в срок, не превышающий 5 рабочих дней со дня получения проекта договора, подписывает его и направляет второй экземпляр договора в адрес медицинской организации.

В случае отказа в возмещении расходов медицинская организация в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления об отказе в возмещении расходов имеет право на повторное обращение за возмещением расходов после устранения обстоятельств, послуживших основанием для принятия решения об отказе в возмещении расходов.

Приложение 1
к Порядку и размерам возмещения расходов,
связанных с оказанием гражданам
медицинской помощи в экстренной форме
медицинской организацией, не участвующей
в реализации Территориальной программы
государственных гарантий бесплатного
оказания населению Ярославской области
медицинской помощи на 2022 год
и на плановый период 2023 и 2024 годов

Форма

Руководителю _____
(наименование обслуживающей
_____ организации)
от _____
(наименование
_____ медицинской организации)

ЗАЯВКА
на возмещение расходов, связанных с оказанием
медицинской помощи в экстренной форме

Прошу произвести возмещение расходов, связанных с оказанием
гражданам медицинской помощи в экстренной форме, в размере
_____ рублей.

(сумма прописью)

Реестр сведений об оказании медицинской помощи в экстренной форме
прилагается.

Банковские реквизиты для перечисления средств:

- наименование медицинской организации: _____
_____;

- ИНН/КПП: _____
_____;

- расчетный счет: _____
_____;

- наименование кредитной организации: _____
_____;

- БИК: _____;

- корреспондентский счет: _____.

Руководитель _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

Главный бухгалтер _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

М.П. (при наличии печати) «_____» _____ 20__ г.

Руководитель медицинской организации _____
(подпись) (Ф.И.О.)

М.П. (при наличии печати) «___» _____ 20__ г.