Приказ Минздрава России от 23.12.2020 N 1363н
"Об утверждении Порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования" (Зарегистрировано в Минюсте России 29.12.2020 N 61884)

Документ предоставлен **КонсультантПлюс**

www.consultant.ru

Дата сохранения: 17.05.2021

Зарегистрировано в Минюсте России 29 декабря 2020 г. N 61884

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ
от 23 декабря 2020 г. N 1363н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА НАПРАВЛЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ В МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ, ФУНКЦИИ И ПОЛНОМОЧИЯ УЧРЕДИТЕЛЕЙ В ОТНОШЕНИИ КОТОРЫХ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ИЛИ ФЕДЕРАЛЬНЫЕ ОРГАНЫ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ, ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СООТВЕТСТВИИ С ЕДИНЫМИ ТРЕБОВАНИЯМИ БАЗОВОЙ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В соответствии с пунктом 4 части 1 статьи 16 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; Официальный интернет-портал правовой информации (http://www.pravo.gov.ru), 2020, 8 декабря, N 0001202012080105), подпунктом 5.2.132(3) Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. N 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, N 26, ст. 3526; Официальный интернет-портал правовой информации (http://pravo.gov.ru), 2020, 21 декабря, N 0001202012210065), приказываю:

1. Утвердить прилагаемый Порядок направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования.

2. Настоящий приказ вступает в силу с 1 января 2021 года.

Министр
М.А.МУРАШКО

Утвержден
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 23 декабря 2020 г. N 1363н

ПОРЯДОК НАПРАВЛЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ В МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ, ФУНКЦИИ И ПОЛНОМОЧИЯ УЧРЕДИТЕЛЕЙ В ОТНОШЕНИИ КОТОРЫХ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ИЛИ ФЕДЕРАЛЬНЫЕ ОРГАНЫ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ, ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СООТВЕТСТВИИ С ЕДИНЫМИ ТРЕБОВАНИЯМИ БАЗОВОЙ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. Настоящий Порядок определяет правила направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти (далее соответственно - пациент, федеральная медицинская организация), для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы

обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" <1> (далее соответственно - Программа, Федеральный закон).

<1> Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; Официальный интернет-портал правовой информации (http://www.pravo.gov.ru), 2020, 8 декабря, N 0001202012080105).

2. Направление пациента в федеральную медицинскую организацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется в соответствии с порядком организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения <2>.

<2> Часть 7.1 статьи 34 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2019, N 10, ст. 888).

3. Направление пациента в федеральную медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской помощи, за исключением высокотехнологичной медицинской помощи (далее - специализированная медицинская помощь), осуществляется лечащим врачом медицинской организации, в которой пациент проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи или специализированной медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - территориальная программа) и в рамках Программы (далее соответственно - лечащий врач, направляющая медицинская организация) в соответствии с медицинскими показаниями, приведенными в пункте 7 настоящего Порядка.

4. Информация о федеральных медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь в разрезе профилей и условий ее оказания размещается на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - Федеральный фонд) в сети Интернет.

5. Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор федеральной медицинской организации осуществляется по направлению лечащего врача.

В случае если в реализации Программы принимают участие несколько федеральных медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь при заболеваниях, состояниях (группе заболеваний, состояний), соответствующих заболеваниям, состояниям (группе заболеваний, состояний) пациента, лечащий врач обязан проинформировать пациента (законного представителя пациента) о возможности выбора федеральной медицинской организации, в том числе о возможных сроках ожидания специализированной медицинской помощи, которые могут превышать сроки ожидания, установленные программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

6. Лечащий врач при направлении пациента в федеральную медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской помощи определяет наличие одного или нескольких медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи, предусмотренных в пункте 7 настоящего Порядка.

7. Медицинскими показаниями для оказания специализированной медицинской помощи в федеральных медицинских организациях являются:

а) нетипичное течение заболевания и (или) отсутствие эффекта от проводимого лечения;

б) необходимость применения методов лечения, не выполняемых в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в рамках

территориальной программы обязательного медицинского страхования;

в) высокий риск хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием коморбидных заболеваний;

г) необходимость выполнения повторных хирургических вмешательств в случаях, предусмотренных подпунктами "а" - "в" настоящего пункта;

д) необходимость дополнительного обследования в диагностически сложных случаях и (или) в случаях комплексной предоперационной подготовки у пациентов с осложненными формами заболевания и (или) коморбидными заболеваниями для последующего лечения;

е) необходимость повторной госпитализации по рекомендации федеральной медицинской организации.

8. В случае наличия на территории проживания населения, в том числе в закрытых административно-территориальных образованиях, федеральной медицинской организации, которая является единственной оказывающей специализированную медицинскую помощь на данной территории, направление пациентов в указанную медицинскую организацию для получения специализированной медицинской помощи осуществляется лечащим врачом без учета медицинских показаний, указанных в пункте 7 настоящего Порядка.

9. При направлении пациентов в федеральную медицинскую организацию лечащий врач формирует с использованием информационных систем в сфере здравоохранения в форме электронного документа, а при отсутствии у медицинской организации доступа к указанным информационным системам - на бумажном носителе, следующие документы:

а) направление на госпитализацию в федеральную медицинскую организацию, которое содержит следующие сведения:

фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, дату его рождения, адрес регистрации по месту жительства (пребывания);

номер страхового полиса обязательного медицинского страхования и наименование страховой медицинской организации (при наличии);

страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии);

код основного диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее - МКБ-10);

результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающих установленный диагноз и наличие медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи;

профиль показанной пациенту специализированной медицинской помощи и условия ее оказания (стационарно, в дневном стационаре);

наименование медицинской организации, в которую направляется пациент для оказания специализированной медицинской помощи, или обособленного структурного подразделения федеральной медицинской организации (в случае возможности выбора обособленного структурного подразделения федеральной медицинской организации);

фамилия, имя, отчество (при наличии) и должность лечащего врача, контактный телефон (при наличии), электронный адрес (при наличии).

При формировании направления на госпитализацию в форме документа на бумажном носителе оно должно быть написано разборчиво или сформировано в печатном виде, заверено личной подписью лечащего врача, личной подписью руководителя направляющей медицинской организации

(уполномоченного лица), печатью направляющей медицинской организации.

При формировании направления на госпитализацию в форме электронного документа оно подписывается усиленными квалифицированными электронными подписями лечащего врача, руководителя направляющей медицинской организации (уполномоченного лица);

б) выписка из медицинской документации, которая должна содержать диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ-10, сведения о состоянии здоровья, проведенных диагностике и лечении, рекомендации о необходимости оказания специализированной медицинской помощи;

в) сведения о согласии на обработку персональных данных пациента и (или) его законного представителя.

10. Пациент (его законный представитель) при наличии результатов лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающих установленный диагноз и наличие медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи, может самостоятельно обратиться в федеральную медицинскую организацию для оказания медицинской помощи по перечню заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых федеральными медицинскими организациями оказывается специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, установленному Программой (далее - Перечень) <3>.

<3> Часть 3.1 статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации (Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru), 2020, 8 декабря, N 0001202012080105)).

Федеральная медицинская организация при наличии объемов специализированной медицинской помощи в рамках установленного на текущий финансовый год объема медицинской помощи по Перечню, обеспечивает формирование и передачу в форме электронного документа посредством информационных систем в сфере здравоохранения <4>, а при отсутствии у медицинской организации доступа к указанным информационным системам - на бумажном носителе, направления в федеральную медицинскую организацию, иных документов и сведений, в соответствии с подпунктами "а" - "в" пункта 9 настоящего Порядка.

<4> Часть 1 статьи 91 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2019, N 10, ст. 888).

11. Основанием для госпитализации пациента в федеральную медицинскую организацию в рамках Программы для оказания специализированной медицинской помощи является решение врачебной комиссии федеральной медицинской организации о наличии медицинских показаний для госпитализации, принятое на основании документов, указанных в подпунктах "а" - "в" пункта 9 настоящего Порядка.

12. Врачебная комиссия федеральной медицинской организации в срок, не превышающий трех рабочих дней со дня получения документов и информации, поступивших посредством информационной системы в сфере здравоохранения, предусмотренной пунктом 10 настоящего Порядка, или на бумажном носителе, принимает решение о наличии (отсутствии) медицинских показаний для госпитализации пациента в целях оказания специализированной медицинской помощи в федеральной медицинской организации.

13. Решение врачебной комиссии федеральной медицинской организации оформляется протоколом, содержащим следующие данные:

а) основание создания врачебной комиссии федеральной медицинской организации (реквизиты нормативного акта);

б) дата принятия решения врачебной комиссии федеральной медицинской организации;

в) состав врачебной комиссии федеральной медицинской организации;

г) сведения о пациенте (фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, адрес регистрации по месту жительства (пребывания);

д) номер полиса обязательного медицинского страхования пациента;

е) страховой номер индивидуального лицевого счета пациента;

ж) код диагноза в соответствии с МКБ-10;

з) заключение врачебной комиссии федеральной медицинской организации, содержащее одно из следующих решений:

о наличии медицинских показаний для госпитализации пациента в федеральную медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской помощи с указанием диагноза, кода диагноза по МКБ-10, планируемой даты госпитализации пациента;

об отсутствии медицинских показаний для госпитализации пациента в федеральную медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской помощи с рекомендациями по дальнейшему медицинскому наблюдению и (или) лечению пациента по профилю его заболевания;

о наличии медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи с указанием диагноза, кода диагноза по МКБ-10, кода вида высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, утверждаемым программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи <5>;

<5> Часть 5 статьи 80 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165).

о необходимости проведения дополнительного обследования (с указанием необходимого объема дополнительного обследования);

о наличии медицинских показаний для направления пациента в иную федеральную медицинскую организацию (с указанием наименования иной федеральной медицинской организации, в которую рекомендовано направить пациента (при необходимости);

о наличии медицинских противопоказаний для госпитализации пациента в федеральную медицинскую организацию, рекомендациями по дальнейшему медицинскому обследованию, наблюдению и (или) лечению пациента по профилю заболевания, состояния (группы заболеваний, состояний).

14. Протокол решения врачебной комиссии федеральной медицинской организации оформляется и хранится в форме электронного документа в информационной системе в сфере здравоохранения, а при отсутствии у медицинской организации доступа к указанной информационной системе - в форме документа на бумажном носителе.

15. Врачебная комиссии федеральной медицинской организации в случае принятия одного из решений, указанных в подпункте "з" пункта 13 настоящего Порядка, в срок, не превышающий двух рабочих дней со дня его принятия, уведомляет направляющую медицинскую организацию с использованием информационной системы в сфере здравоохранения или одним из возможных способов (например, почтовое уведомление, сообщение на адрес электронной почты).

16. Направляющая медицинская организация в срок, не превышающий двух рабочих дней со дня

получения решения врачебной комиссии федеральной медицинской организации, уведомляет пациента о принятом решении одним из возможных способов (например, почтовое уведомление, сообщение на адрес электронной почты).

В случае принятия решения о наличии медицинских показаний для госпитализации пациента в федеральную медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской помощи с указанием диагноза, кода диагноза по МКБ-10, планируемой даты госпитализации пациента, направляющая медицинская организация получает от пациента подтверждение возможности его госпитализации в запланированную дату.

17. В случае неподтверждения пациентом возможности госпитализации в запланированную дату, а также в случае возникновения условий, препятствующих госпитализации пациента в федеральную медицинскую организацию после подтверждения им запланированной даты госпитализации, направляющая медицинская организация формирует соответствующее уведомление в федеральную медицинскую организацию в целях изменения плановой даты госпитализации либо об отказе в госпитализации в срок, не превышающий трех рабочих дней с даты получения данной информации.

Уведомление об отказе в госпитализации или о необходимости изменения плановой даты госпитализации формируется лечащим врачом в форме электронного документа в информационной системе в сфере здравоохранения или в виде документа на бумажном носителе и направляется в федеральную медицинскую организацию одним из возможных способов (например, почтовое уведомление, сообщение на адрес электронной почты).

18. В случаях, если при оказании в федеральной медицинской организации специализированной медицинской помощи пациенту, направленному в федеральную медицинскую организацию в соответствии с настоящим Порядком, выявлены заболевания, состояния (группы заболеваний, состояний), требующие оказания специализированной медицинской помощи в иной федеральной медицинской организации ввиду невозможности ее оказания в данной федеральной медицинской организации, федеральная медицинская организация осуществляет направление пациента в иную федеральную медицинскую в соответствии с настоящим Порядком в качестве направляющей медицинской организации.

19. В случаях, если федеральной медицинской организацией, в которую направлен пациент для оказания специализированной медицинской помощи, утрачено право на осуществление медицинской деятельности, и (или) с указанной федеральной медицинской организацией расторгнут договор на оказание и оплату медицинской помощи в рамках Программы или оформлены намерения о расторжении указанного договора, и (или) вследствие непреодолимой силы возникли обстоятельства, препятствующие оказанию в федеральной медицинской организации специализированной медицинской помощи, Федеральный фонд в срок, не превышающий трех рабочих дней со дня получения информации о наступлении указанных событий, формирует уведомление о невозможности госпитализации в федеральную медицинскую организацию (далее - уведомление о невозможности госпитализации) с указанием одной или нескольких федеральных медицинских организаций, которыми может быть оказана специализированная медицинская помощь пациенту в соответствии с медицинскими показаниями.

Уведомление о невозможности госпитализации формируется в форме электронного документа или в виде документа на бумажном носителе. Уведомление о невозможности госпитализации, сформированное в форме электронного документа, подписывается лицом, уполномоченным действовать от имени Федерального фонда. Уведомление о невозможности госпитализации, сформированное в форме документа на бумажном носителе, заверяется личной подписью лица, уполномоченного действовать от имени Федерального фонда, и печатью Федерального фонда.

Сведения о невозможности госпитализации в федеральную медицинскую организацию вносятся Федеральным фондом в информационную систему в сфере здравоохранения не позднее одного рабочего дня со дня формирования уведомления о невозможности госпитализации и направляются в направляющую медицинскую организацию.

20. Направляющая медицинская организация уведомляет пациента о невозможности госпитализации в федеральную медицинскую организацию.

В случае выбора пациентом предложенной в уведомлении о невозможности госпитализации иной федеральной медицинской организации для оказания специализированной медицинской помощи направляющая медицинская организация вносит изменения в направление на госпитализацию в федеральную медицинскую организацию в части изменения федеральной медицинской организации, в которую направляется пациент.

В случае отказа пациента от госпитализации в предложенную в уведомлении о невозможности госпитализации иную федеральную медицинскую организацию направляющая медицинская организация формирует уведомление об отказе в госпитализации и направляет сведения об отказе в госпитализации в Федеральный фонд и иную федеральную медицинскую организацию.

21. Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения в случае принятия врачебной комиссией федеральной медицинской организации решения об отсутствии медицинских показаний для госпитализации пациента в федеральную медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской помощи с рекомендациями по дальнейшему медицинскому наблюдению и (или) лечению пациента по профилю его заболевания, указанному в абзаце третьем подпункта "з" пункта 13, обеспечивает дальнейшее оказание медицинской помощи пациенту с учетом данных рекомендаций в объемах, предусмотренных территориальной программой.

22. Федеральный фонд представляет в Министерство здравоохранения Российской Федерации в срок до 25 декабря года, предшествующего году оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, для включения в информационные системы в сфере здравоохранения перечень федеральных медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, с указанием объемов специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, распределенных указанным федеральным медицинским организациям в соответствии с частью 3.2 статьи 35 Федерального закона.

В случае внесения изменений в перечень федеральных медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, и (или) объемы специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, распределенные указанным федеральным медицинским организациям в соответствии с частью 3.2 статьи 35 Федерального закона, а также в случае оформления намерений о расторжении с федеральной медицинской организацией договора на оказание и оплату медицинской помощи в рамках Программы, Федеральный фонд представляет в Министерство здравоохранения Российской Федерации в течение пяти календарных дней со дня внесения соответствующих изменений обновленные сведения.