

**Об утверждении Порядка направления застрахованного лица
в медицинские организации, подведомственные федеральным органам
исполнительной власти, для оказания медицинской помощи
в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона
от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском
страховании в Российской Федерации»**

В соответствии с пунктом 4 части 1 статьи 16 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422) приказываю:

1. Утвердить прилагаемый Порядок направления застрахованного лица в медицинские организации, подведомственные федеральным органам исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

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

Министр

М.А. Мурашко

Утверждено
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от _____ 2020 г. № _____

**Порядок
направления застрахованного лица в медицинские организации,
подведомственные федеральным органам исполнительной власти, для
оказания медицинской помощи в соответствии с пунктом 11 статьи 5
Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ
«Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»**

1. Настоящий Порядок определяет правила направления граждан, нуждающихся в оказании специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи (далее соответственно - пациенты, специализированная медицинская помощь), для оказания специализированной медицинской помощи в плановой форме в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляет Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти (далее - федеральная медицинская организация), за счет средств обязательного медицинского страхования в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

2. Оказание медицинской помощи в рамках настоящего порядка осуществляется при реализации базовой программы обязательного медицинского страхования (далее – программа) с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

3. Направление пациентов в федеральные медицинские организации для оказания специализированной медицинской помощи осуществляется лечащим врачом или врачом-специалистом медицинской организации, в которой пациент проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи или специализированной медицинской помощи (далее - врач) в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (далее – базовой программы) в соответствии с показаниями, приведенными в пункте 6 настоящего Порядка.

4. Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации осуществляется по направлению врача.

В случае если в реализации базовой программы, принимают участие несколько медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по соответствующему профилю, врач обязан проинформировать пациента

(законного представителя пациента) о возможности выбора медицинской организации в установленном порядке с учетом выполнения условий оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования.

5. Врач при направлении пациента в федеральную медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской помощи в рамках базовой программы определяет наличие одного или нескольких медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи, предусмотренных настоящим Порядком.

6. Медицинскими показаниями для оказания специализированной медицинской помощи в федеральных медицинских организациях в рамках базовой программы являются медицинские показания, при условии:

а) нетипичного течения заболевания и (или) отсутствия эффекта от проводимого лечения;

б) необходимости применения методов лечения, не выполняемых в медицинских организациях, подведомственных органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения;

в) высокого риска хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием коморбидных заболеваний;

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

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

е) необходимости повторной госпитализации по рекомендации федеральной медицинской организации;

ж) в иных случаях, когда сроки госпитализации не превышают сроков, установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, а сроки ожидания оказания указанной медицинской помощи в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, превышают установленные сроки ожидания.

7. Направление пациентов в медицинские организации, подведомственные Федеральному медико-биологическому агентству, оказывающие медицинскую помощь, которые являются единственными медицинскими организациями государственной системы здравоохранения на закрытых административно-территориальных образованиях и отдельных территориях, осуществляется без наличия показаний, указанных в пункте 6 настоящего Порядка.

8. В случае выявления у пациента медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи в федеральной медицинской организации в рамках базовой программы, а также с учетом пункта 7 настоящего Порядка, врач направляет документы в федеральную медицинскую организацию, предусмотренные пунктом 9 настоящего

Порядка, посредством единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, содержащие необходимую информацию.

9. Документы содержат следующую информацию:

9.1. Выписку 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 с указанием формы ее оказания (неотложная, плановая) в форме электронного документа.

9.2. Направление на госпитализацию, которое оформляется врачом в форме электронного документа, и должно содержать следующие сведения:

фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, дату его рождения, домашний адрес;

номер страхового полиса и название страховой организации (при наличии);

страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии);

код основного диагноза по МКБ-10;

результаты лабораторных, инструментальных и других видов диагностики, 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;

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

9.3. Согласие на обработку персональных данных пациента и (или) его законного представителя.

10. При необходимости федеральная медицинская организация запрашивает дополнительную информацию из медицинской документации пациента для решения вопроса о возможности и сроках госпитализации пациента.

11. Основанием для госпитализации пациента в федеральную медицинскую организацию в рамках базовой программы для оказания специализированной медицинской помощи является решение врачебной комиссии федеральной медицинской организации.

12. Основанием для рассмотрения на врачебной комиссии федеральной медицинской организации вопроса о наличии (отсутствии) медицинских показаний для госпитализации пациента в целях оказания специализированной медицинской помощи являются документы, указанные в пункте 8 настоящего Порядка.

13. Врачебная комиссия федеральной медицинской организации в срок, не превышающий трех рабочих дней со дня получения информации,

поступившей посредством единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, предусмотренного пунктом 8 настоящего Порядка, принимает решение о наличии (отсутствии) медицинских показаний для госпитализации пациента в целях оказания специализированной медицинской помощи.

14. 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) паспортные данные пациента (фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, сведения о месте жительства);

д) диагноз заболевания (состояния) и кода диагноза по МКБ-10;

е) 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 в соответствии с законодательством Российской Федерации.

15. Протокол решения врачебной комиссии федеральной медицинской организации оформляется на бумажном носителе в одном экземпляре и хранится в федеральной медицинской организации или в форме электронного документа.

16. Врачебная комиссия федеральной медицинской организации в случае принятия одного из решений, указанных в подпункте «е» пункта 14 настоящего Порядка, в срок, не превышающий двух рабочих дней со дня его принятия, уведомляет пациента одним из возможных способов (почтовое уведомление, на адрес электронной почты, телефонным звонком) и направляющую медицинскую организацию с использованием единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

17. Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения в случае принятия врачебной комиссией федеральной медицинской организации решения, указанного в абзаце третьем

подпункта "е" пункта 14 настоящего Порядка, обеспечивает дальнейшее лечение пациента в соответствии с рекомендациями, указанными в выписке из протокола решения врачебной комиссии федеральной медицинской организации, в объемах, предусмотренных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

18. Пациент вправе обжаловать решения, принятые в ходе его направления в федеральную медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской помощи на любом этапе, а также действия (бездействие) органов, организаций, должностных и иных лиц в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.