

ПРИКАЗ

«18» «ноябре» 2022 года № 1117-00-18 «ноябре» 2022 года № 641

г. Улан-Удэ

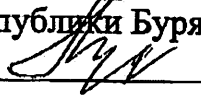
О порядке взаимодействия медицинских организаций, страховых
медицинских организаций, Территориального фонда обязательного
медицинского страхования Республики Бурятия при оказании медицинской
помощи в плановой форме

В целях рационального использования ресурсов здравоохранения, управления потоками обращений населения за оказанием консультативной, диагностической и лечебной помощью, оказываемой в амбулаторных условиях, стационарных условиях и условиях дневного стационара, а также определения порядка взаимодействия медицинских организаций при направлении пациента в иные медицинские организации Республики Бурятия, п р и к а з ы в а е м:

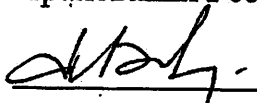
1. Утвердить Порядок взаимодействия медицинских организаций, страховых медицинских организаций, Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Бурятия при оказании медицинской помощи в плановой форме в амбулаторных условиях в рамках фондодержания согласно приложению №1 к настоящему приказу.
2. Утвердить Порядок взаимодействия медицинских организаций, страховых медицинских организаций, Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Бурятия при оказании медицинской помощи в плановой форме в амбулаторных условиях, в стационарных условиях и условиях дневного стационара в рамках согласованных объемов согласно приложению №2 к настоящему приказу.
3. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Бурятия от 30.03.2020 № 205-ОД и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Бурятия от 30.03.2020 № 141 «О порядке взаимодействия медицинских организаций, страховых медицинских организаций, Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Бурятия при оказании медицинской помощи в плановой форме».
4. Контроль исполнения настоящего приказа оставляем за собой.

5. Настоящий приказ вступает в силу с момента подписания, распространяется на правоотношения, возникшие с 01.11.2022 г.

Заместитель Председателя
Правительства Республики Бурятия -
министр здравоохранения
Республики Бурятия


Е.Ю. Лудупова

Директор Территориального
фонда обязательного медицинского
страхования Республики Бурятия


А.М. Варфоломеев

ПРИЛОЖЕНИЕ №1
к приказу Министерства
здравоохранения Республики
Бурятия и Территориального
фонда ОМС Республики Бурятия
от 18 ноября 2022 года
№ 1027-ОД/641

Порядок взаимодействия медицинских организаций, страховых медицинских организаций, Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Бурятия при оказании медицинской помощи в плановой форме в амбулаторных условиях в рамках фондодержания

I. Основные термины и определения

Медицинские организации - фондодержатели (далее МО - фондодержатели) - медицинские организации любой организационно - правовой формы собственности, участвующие в реализации территориальной Программы ОМС и имеющие застрахованных по ОМС прикрепленных лиц, оплата медицинской помощи которых осуществляется по дифференцированному подушевому нормативу за прикрепленных лиц в амбулаторных условиях.

Медицинские организации - исполнители (далее - МО - исполнители) - медицинские организации любой организационно - правовой формы собственности, оказывающие внешние медицинские услуги. МО - Фондодержатель является одновременно МО - Исполнителем в случае оказания внешних медицинских услуг в амбулаторных условиях не прикрепленным лицам.

Консультативная, диагностическая лечебная помощь - комплекс мероприятий, включающих консультации специалистов, диагностические исследования и лечение, определяемых врачом специалистом МО - фондодержателя, объем которых соответствует цели, указанной в направлении (за исключением имеющихся).

Законченный случай консультативной, диагностической и лечебной помощи - случай обследования, лечения или динамического наблюдения, закончившийся достижением цели, указанной в направлении МО фондодержателя.

Внешние медицинские услуги - консультативные, диагностические и лечебные услуги, оказываемые застрахованным по ОМС гражданам в амбулаторных условиях, не прикрепленным к МО-исполнителю, по направлению МО-Фондодержателя, к которой данные застрахованные лица прикреплены.

II. Порядок учета и выдачи направлений при взаимодействии медицинских организаций в плановой форме в амбулаторных условиях в рамках фондодержания

1. Показания для направления прикрепленных застрахованных лиц для получения внешних медицинских услуг к МО-исполнителю определяет МО-Фондодержатель, с соблюдением требований, установленных статьей 21

Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Выбор врача и медицинской организации);

2. Направление оформляется в соответствии с учетной формой № 057/у- 04, утвержденной Приказом Минздравсопразвития России от 22.11. 2004 № 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг»;

3. Направление считается действительным 3 месяца с даты выдачи;

4. Направление должно содержать обоснование направления на получение консультативной, диагностической и лечебной помощи. К направлению прилагаются необходимые результаты исследований и консультаций;

5. При выдаче направления необходимо проверить действительность полиса ОМС, прикрепление пациента к МО - фондодержателю в региональном сегменте регистра застрахованных лиц;

6. Учет выданных направлений на получение медицинской помощи в амбулаторных условиях в иных медицинских организациях ведется в порядке, установленном МО – фондодержателем;

7. Застрахованные лица, получившие направление от МО - фондодержателя, имеют право на получение консультативной, диагностической и-лечебной помощи в МО-исполнителе до момента окончания консультативной, диагностической и лечебной помощи с установкой диагноза;

8. Врач - специалист МО - исполнителя при оказании внешних медицинских услуг в амбулаторных условиях вправе определить перечень необходимых дополнительных консультаций других специалистов и диагностических исследований. В случае необходимости консультации у других специалистов и проведения диагностических исследований в иной медицинской организации, направление осуществляется врачом-специалистом МО-исполнителя с приложением копии первичного направления от МО-фондодержателя;

9. Врач - специалист МО - исполнителя и МО - фондодержателя при определении необходимости проведения консультаций специалистов и диагностических исследований руководствуются рекомендуемым перечнем исследований, частотой и кратностью, указанных в стандартах медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, и в клинических рекомендациях (протоколах лечения);

10. По окончании получения консультативной, диагностической и лечебной помощи в амбулаторных условиях врач-специалист МО - исполнителя выдает пациентам заключение с приложением результатов проведенных консультаций, диагностических исследований;

11. Пациенты, имеющие хронические заболевания и нуждающиеся в диспансерном наблюдении у врача-специалиста республиканской медицинской организации, подлежат обязательному осмотру врачом МО - фондодержателя не реже 1 раза в год с последующей выдачей направления для динамического наблюдения в течение года к врачу-специалисту республиканских медицинских организаций, при их отсутствии в МО - фондодержателе. Кратность выдачи направлений определяется индивидуально, по медицинским показаниям врачом-специалистом МО - фондодержателя с учетом рекомендаций врача-специалиста республиканской медицинской организации;

12. Направление, выданное врачом-специалистом МО – фондодержателя, детям с перинатальной патологией, с целью динамического наблюдения в кабинетах; катamnестического наблюдения в ГАУЗ «РПЦ», ГАУЗ «ГПЦ», ГАУЗ «ДРКБ» в соответствии с «Порядком взаимодействия медицинских организаций с Кабинетом катamnеза», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Республики Бурятия от 26.07.2018 г. №473-ОД считать действительным в течение года с даты выдачи;
13. Направление МО - фондодержателя по форме 057/у-04 на консультацию к специалистам Республиканского эндокринологического центра ГАУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» пациентам с сахарным диабетом с синдромом диабетической стопы, в том числе, перенесших реваскуляризацию, пациентам с сахарным диабетом, находящимся на заместительной почечной терапии методами диализа, считать действительным в течение года с даты выдачи;
14. Направление МО-фондодержателя по форме № 057/у-04 к специалистам кардиодиспансера ГАУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» пациентам, перенесшим в текущем году острые сердечно-сосудистые события (инфаркт миокарда - I25.2, получившим высокотехнологичную медицинскую помощь – коронарное стентирование, коронарное шунтирование, РЧА, протезирование клапанов, имплантацию механических устройств сердца), а также имеющим хроническую сердечную недостаточность с ФВ < 40% (I 50.0), верифицированную легочную артериальную гипертензию (далее - ЛАГ) и хроническую тромбоэмболическую легочную артериальную гипертензию (E27.0, E27.2), считать действительными в течение года с даты выдачи;
15. Направление МО – фондодержателя по форме № 057/у-04 к специалистам Республиканского нефрологического центра пациентам, находящимся на диспансерном наблюдении на додиализной стадии ХБП С 4 и 5, считать действительными в течение года с даты выдачи;
16. Направление МО - фондодержателя по форме 057/у - 04 к специалистам Республиканского нефрологического центра пациентам, находящимся на диспансерном наблюдении и на заместительной почечной терапии методами диализа в учреждениях государственной формы собственности (за исключением частных медицинских организаций, оказывающих услуги диализа), считать действительными в течение года с даты выдачи;
17. Внешние медицинские услуги оказываются при предъявлении направления МО-Фондодержателя, за исключением:
- ГАУЗ «Республиканский перинатальный центр МЗ РБ», ГАУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер» (по перечню заболеваний согласно приложению №1 к Порядку взаимодействия медицинских организаций, страховых медицинских организаций, Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Бурятия при оказании медицинской помощи в плановой форме в амбулаторных условиях в рамках фондодержания (далее - Порядок), Республиканский гепатологический центр ГБУЗ «Республиканская клиническая инфекционная больница» (для динамического наблюдения за пациентами, первично направленными МО - фондодержателями) в пределах плановых объемов, установленных решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС;

- обследования и лечения застрахованных лиц, призываемых на военную службу по решению военных комиссариатов, которые осуществляются по направлению врачей-специалистов военных комиссариатов;
- обследование застрахованных лиц допризывного возраста, а также призываемых на военную службу для освидетельствования врачами-специалистами военных комиссариатов;
- обследования застрахованных лиц по направлению специалистов бюро МСЭ с целью уточнения диагноза;
- обследования застрахованных несовершеннолетних подростков, направленных по решению суда в Центр временного содержания несовершеннолетних подростков Министерства внутренних дел по Республике Бурятия по направлению медицинских работников Центра временного содержания несовершеннолетних подростков Министерства внутренних дел по Республике Бурятия (врач, медицинская сестра);
- медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам с наличием трансплантированной почки (код МКБ X - Z94.0), в ГАУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» (при диспансерном наблюдении), ГБУЗ «Городская поликлиника №1» (лекарственный мониторинг иммуносупрессивной терапии (код услуги - А09.05.035) по направлению врача-нефролога ГАУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко»);
- медицинской помощи, оказываемой ГБУЗ «БРКОД» пациентам с онкологическим заболеванием, в том числе при подозрении у пациента онкологического заболевания;
- обследования застрахованных лиц на определение РНК коронавируса SARS-CoV-2 в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР ручным и автоматизированным методом.
- При выписке пациентов, перенесших инфаркт миокарда, ВТМП (коронарное стентирование, коронарное пунтирование), внесенных в регистр льготополучателей по программе «Вторичная профилактика ССЗ», в день выписки из стационара ГАУЗ «РКБ им. Н.А.Семашко» при обращении в Республиканский кардиологический диспансер на амбулаторный прием направление МО-Фондодержателя по форме № 057/у—04 не требуется.

III. Порядок финансового взаимодействия медицинских организаций, страховых медицинских организаций, Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Бурятия в условиях фондодержания

1. Медицинские услуги, в том числе внешние медицинские услуги, оказанные неприкрепленному населению, предъявляются медицинскими организациями в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Бурятия (далее - Фонд) в соответствии с разработанным Фондом Регламентом информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Бурятия.

2. МО-фондодержатель:

- направляет в Фонд персонифицированный реестр счетов об оказанной медицинской помощи застрахованным лицам, прикрепленным к МО - фондодержателю;
- проводит проверку полученного от Фонда реестра персонифицированных счетов на прикрепление застрахованных лиц к МО-фондодержателю, на соответствие учета выписанных направлений и направлений врача специалиста МО-Исполнителя к другому врачу специалисту этой же или другой медицинской организации при наличии первичного направления врача МО-фондодержателя в отношении того же прикрепленного пациента;
- при выявлении случаев оказания медицинских услуг МО-исполнителем без направления, обнаружения фактов необоснованного завышения объемов медицинской помощи и других спорных вопросов, МО - фондодержатель в течение 5 рабочих дней с момента получения Протоколов обработки реестров от Фонда направляет на бумажном носителе или в электронной форме Акт разногласий, МО-исполнителю по форме (Приложение №2 к Порядку), в котором указываются пациенты и оказанные медицинские услуги, оплату которых МО - фондодержатель не подтверждает. В случае нарушения сроков представления Акта разногласия, спорный вопрос не рассматривается;
- при согласии МО-исполнителя с Актом разногласий в течение 2 рабочих дней направляет в филиал СМО на бумажном носителе или в электронной форме подписанный Акт разногласий с приложением копии направления для проведения перерасчета удержанных сумм филиалом СМО.

3. МО-исполнитель:

- направляет в Фонд реестр счетов персонифицированных сведений о пролеченных пациентах, которым в отчетном периоде была оказана медицинская помощь;
- заполняет в реестрах оказанных медицинских услуг в обязательном порядке поле «Код МО, направившей на лечение...» (тег «NPR_MO»). В случае несоответствия МО, направившей и МО-фондодержателя, внешние медицинские услуги оплачиваются за счет средств направившей МО;
- оказывает медицинские услуги в плановой форме при предъявлении пациентом направления МО-фондодержателя;
- в случае возникновения разногласий с МО-фондодержателем предпринимает все возможные меры по разрешению спорных вопросов по реестру, предъявленному на оплату;
- в случае несогласия с Актом разногласия МО-фондодержателя по оказанию медицинских услуг МО-исполнителем, в течение 5 рабочих дней со дня получения Акта разногласий от МО-фондодержателя, направляет МО - фондодержателю Претензию по форме (Приложение № 3 к Порядку), в которой указываются пациенты и оказанные медицинские услуги, в филиал СМО Акт разногласий, МО-фондодержателя и Претензию с приложением подтверждающих документов (первичной медицинской документации). Непредставление Претензии в адрес филиала СМО и МО-фондодержателя является согласием МО-исполнителя с Актом разногласия МО-фондодержателя, оказанные медицинские услуги считаются необоснованными и не подлежат оплате. В случае нарушения сроков

представления Претензии и подтверждающих документов, спорный вопрос не рассматривается. В случае не снятия разногласий и несогласия с результатами контрольных мероприятий, проведенных филиалом СМО, МО-исполнитель в течение 10 рабочих дней со дня получения акта от филиала СМО, подписанный акт с протоколом разногласия направляет вновь в филиал СМО для повторного рассмотрения. Филиал СМО в течение 10 рабочих дней с момента получения подписанного акта рассматривает и направляет МО-исполнителю результат рассмотрения протокола разногласия. При несогласии с результатом рассмотрения протокола разногласия МО-исполнитель направляет претензию в Фонд. Претензия оформляется в письменной форме и направляется вместе с необходимыми материалами: первичная медицинская документация, обоснование претензии;

- в случае согласия с Актом разногласия МО-фондодержателя по оказанию медицинских услуг МО-исполнителем, в течение 1 рабочего дня со дня получения Акта разногласий от МО-фондодержателя, направляет МО-фондодержателю на бумажном носителе или в электронной форме подписанный Акт разногласий с приложением копии направления для проведения перерасчета удержанных филиалом СМО сумм.

4. Филиал СМО:

- на основании Акта разногласия МО-фондодержателя и Претензии МО - исполнителя, в течение 15 рабочих дней организует и проводит медико-экономическую экспертизу с целью установления обоснованности или необоснованности предоставления к оплате МО-исполнителем медицинских услуг, отказанных в оплате МО-фондодержателем. По итогам медико-экономической экспертизы специалистом-экспертом филиала СМО могут быть применены к МО - фондодержателю и/или МО - исполнителю меры, предусмотренные Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи, утвержденного Тарифным соглашением. По результатам проведенной медико-экономической экспертизы филиал СМО формирует сводный акт медико-экономической экспертизы (Приложение №4 к Порядку), в котором в том числе указывается медицинская помощь, по направлению врача-специалиста МО-исполнителя при наличии сведений в ИСЗЛ СМО о направлении МО-фондодержателем;

- результаты медико-экономической экспертизы учитывает при оплате за оказанные внешние медицинские услуги в периодах, следующих за отчетным, с учетом результатов медико-экономической экспертизы, в том числе с результатами контрольных мероприятий по рассмотрению спорных вопросов (по Актам разногласий и Претензий);

- формирует протокол обработки реестра по форме (Приложение №5 к Порядку) для МО-исполнителя и для МО-фондодержателя, в котором указывается сумма, принимаемая филиалом СМО к оплате за внешние медицинские услуги за счет дифференцированного подушевого норматива конкретной МО-фондодержателя;

- при выявлении случаев необоснованного оказания МО-исполнителем медицинских услуг, а также в случае непредставления МО-исполнителем Претензии, производит удержание с МО-исполнителя сумм неподтвержденных медицинских услуг с восстановлением данной суммы МО-фондодержателю;

- при получении от МО-фондодержателя на бумажном носителе или в электронной форме подписанного Акта разногласий с приложением копии направления в течение 2 рабочих дней производит удержание суммы внешних услуг с направившей МО по данным направления;

- при проведении медико-экономического контроля реестров-счетов за оказанную МО-фондодержателем медицинскую помощь своему прикрепленному населению и оплачиваемую по подушевому нормативу финансирования, выявленные случаи неоплаты отражает в Акте медико-экономического контроля с нулевой суммой удержания;

- при выявлении случаев неоплаты по результатам медико-экономического контроля медицинской помощи, оказанной МО-исполнителем и оплачиваемой из средств подушевого норматива финансирования МО-фондодержателя, уведомляет МО-фондодержателя об уменьшении суммы внешних услуг и увеличении суммы финансирования медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования.

5. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Бурятия:

- на уровне обработки реестров оказанных медицинских услуг проверяет в реестрах МО-исполнителя заполнение сведений о направившей МО (тег «NPR_MO»);

- после обработки реестров формирует для филиалов СМО, МО-фондодержателя и МО-исполнителя сводные протоколы по внешним услугам и персонифицированные списки с указанием направившей МО за отчетный период;

- в случае неснятия разногласий и несогласия МО-фондодержателя и/или МО-исполнителя проводит повторные контрольные мероприятия по результатам рассмотрения спорных вопросов филиалами СМО.

Приложение № 1 к Порядку взаимодействия медицинских организаций, страховых медицинских организаций, Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Бурятия при оказании медицинской помощи в плановой форме в амбулаторных условиях в рамках фондодержания

Перечень заболеваний
(при которых медицинская помощь в ГАУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер» оказывается без направления МО-фондодержателя)

№	Наименование	Код по МКБ-10
1.	Буллезные (пузырные) дерматиты:	
1.1.	все виды пузырчатки	L10.0, L10.1, L10.2, L10.3, L10.4, L10.5, L10.8
1.2.	буллезный пемфигоид	L12.0
1.3.	герпетиформный дерматит Дюринга	L13.0
2.	*Псориаз распространенный	L40.0, L40.1, L40.2, L40.3, L40.4, L40.8
2.1.	Псориаз артропатический	L40.5
3.	* Экзема распространенная	L30.0, L30.1, L30.2, L30.3
4.	* Атопический дерматит	L20.0, L20.8, L20.9
5.	Кожные болезни:	
5.1.	Дерматофития (микроспория, трихофития)	B35.4
6.	Наблюдение при подозрении на злокачественную опухоль кожи, слизистых	Z03.1
7.	Лимфомы (грибовидный микоз, болезнь Сезари, лимфопролиферативные заболевания кожи)	C84.0, C84.1, C84.5
8.	Многоформная эритема (небуллезная эритема многоформная, буллезная эритема многоформная, токсический эпидермальный некролиз [Лайелла], другая эритема многоформная, эритема многоформная неуточненная)	L51.0, L51.1, L51.2, L51.8, L51.9
9.	Мед. осмотр по эпидемиологическим показаниям по предписанию Роспотребнадзора по РБ	Z20.8

* Поражение более 20% поверхности кожи человека

К Порядку взаимодействия медицинских организаций,
страховых медицинских организаций, Территориального
фонда обязательного медицинского страхования
Республики Бурятия при оказании медицинской помощи в
плановой форме в амбулаторных условиях в рамках
фондодержания

Главному врачу МО-Исполнителя

Акт разногласий №
от « » 20 г.
по оплате реестра пациентов,
которым оказаны внешние медицинские услуги
медицинской организацией-исполнителем ,
за период с _____ по _____ 20_г.

МО-Фондодержатель не подтверждает оплату внешних медицинских услуг:

I. Медицинская помощь в амбулаторных условиях на сумму _ .
Перечень сведений о пациентах и оказанных им услугам с указанием причин:

Главный врач
МО-Фондодержателя

подпись (расшифровка подписи)

МП

Главный врач
МО-Исполнителя

подпись (расшифровка подписи)

МП

Приложение № 3
к Порядку взаимодействия медицинских организаций,
страховых медицинских организаций,
Территориального фонда обязательного медицинского
страхования Республики Бурятия при оказании
медицинской помощи в плановой форме
в амбулаторных условиях в рамках фондодержания

Главному врачу МО-Фондодержателя
Директору филиала СМО

Претензия

№ ___ от «__» _____ 20__ г.
На Акт разногласий № _____ от «__» _____ 20__ г.
По оплате реестра пациентов, которым оказаны
внешние медицинские услуги медицинской
организацией-исполнителем _____
За период с _____ по _____ 20__ г.

Медицинская организация-исполнитель _____
не согласна с отказом МО-Фондодержателя в оплате оказанных внешних
медицинских услуг в амбулаторных условиях следующим пациентам:

Пофамильная выписка из Акта разногласий МО-Фондодержателя, с
приложением копий направлений установленного образца и других документов
обоснованности оказания медицинской помощи.

Главный врач

МО-Исполнителя _____

подпись (расшифровка подписи)

МП

(пофамильная выписка из Акта разногласий МО-Фондодержателя)

2.2.2. По направлению врача-консультанта без показаний, без согласования с МО-фондодержателем путем внесения сведений МО-фондодержателем о направлении застрахованного в ИСЗЛ СМО (количество случаев)_

(пофамильная выписка из Акта разногласий МО-Фондодержателя)

2.2.3. Медицинские услуги не подтверждены медицинской документацией

(пофамильная выписка из Акта разногласий МО-Фондодержателя)

2.2.4. Всего количество случаев необоснованных медицинских услуг

3. РЕШЕНО:

3.1. Оплатить МО-Исполнителю _____ медицинские услуги, указанные в пункте 2.1.

3.2. Удержать с МО-Исполнителя ___ сумму за медицинские услуги, указанные в пункте 2.2.4. с восстановлением данной суммы на счет МО-Фондодержателя

3.3. Удержать с МО, выдавшей направление ___ сумму за медицинские услуги, указанные в пункте 2.1.4. с восстановлением данной суммы на счет МО-фондодержателя

Врач-эксперт	Ф. И. О.	подпись
Руководитель экспертного отдела филиала СМО	Ф. И. О.	подпись
Директор СМО _____	Главный врач МО-Фондодержателя _____	Главный врач МО-Исполнитель _____

Приложение № 5
к Порядку взаимодействия медицинских организаций,
страховых медицинских организаций,
Территориального фонда обязательного
медицинского страхования Республики Бурятия
при оказании медицинской помощи
в плановой форме
в амбулаторных условиях в рамках фондодержания

«Утверждаю»
Директор филиала СМО _

М.П.

ПРОТОКОЛ ОБРАБОТКИ РЕЕСТРА ПАЦИЕНТОВ
которым оказаны внешние медицинские услуги
МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ _

(наименование)
За отчетный период с _____ по _____ 20__ года

Наименование МО-Фондодержателя	Фактически предъявленная сумма на оплату согласно реестру МО-Исполнителя	Удержано из предъявленной суммы на основании акта медико-экономической экспертизы филиала СМО, проведенной на основании акта разногласий МО-фондодержателя и/или претензии МО-исполнителя	Сумма к оплате (руб.)
Итого к оплате за медицинские услуги МО-Исполнителя			

Исполнил Фамилия И.О. Дата _____

ПРИЛОЖЕНИЕ №2
к приказу Министерства
здравоохранения РБ и
Территориального фонда ОМС РБ
от 18 ноября 2022 года
№ 1027-ОД/641

Порядок взаимодействия медицинских организаций, страховых медицинских организаций, Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Бурятия при оказании медицинской помощи в плановой форме в амбулаторных условиях, в стационарных условиях и условиях дневного стационара в рамках согласованных объемов

1. Медицинская помощь в стационарных условиях в экстренной форме оказывается застрахованным лицам без направления в беспорядном порядке.
2. Показания для направления прикрепленных застрахованных лиц для получения внешних медицинских услуг к МО-исполнителю определяет МО-фондодержатель, с соблюдением требований, установленных статьей 21 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3. Направление оформляется в соответствии с учетной формой № 057/у-04, утвержденной Приказом Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 г. № 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг».
4. Направление считается действительным 3 месяца с даты выдачи
5. Направление МО-фондодержателя по форме № 057/у-04 на госпитализацию в круглосуточный и дневной стационар пациентам с болезнями кровообращения с гиперхолестеринемией (E78.0) и смешанной дислипидемией (E 78.2) на проведение генно-инженерной терапии и-PSK-9 алирокумабом считать действительными в течение года с даты выдачи; при повторных плановых госпитализациях в круглосуточный стационар принимаются результаты лабораторно-инструментальных исследований, выполненных МО-фондодержателем с периодичностью согласно Клиническим рекомендациям Минздрава РФ «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы» 2020 г., клиническим рекомендациям Минздрава РФ «Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы, 2020 г., клиническим рекомендациям ESC/EAS «По лечению дислипидемии: модификация липидов для снижения сердечно - сосудистого риска», 2019 г., приказу Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»;
6. Направление МО - фондодержателя в дневной и круглосуточный стационар офтальмологическим пациентам с диагнозами H35.3 (дегенерация макулы) и H 36.0, E10.3, E11.3, E12.3, E13.3, E 14.3 (диабетическая ретинопатия), требующим ежемесячной госпитализации в стационар, считается действительным в течение года с даты выдачи;

7. Направление должно содержать обоснование направления на получение медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара. К направлению прилагаются необходимые результаты исследований и консультаций.
8. При выдаче направления необходимо проверить действительность полиса ОМС, прикрепление пациента к МО-фондодержателю в региональном сегменте регистра застрахованных лиц.
9. Учет выданных направлений на плановую госпитализацию в стационарных условиях и условиях дневного стационара осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» и ведется в информационной системе сопровождения застрахованных лиц страховыми медицинскими организациями (далее - АИС ИСЗЛ) или в медицинской информационной системе (далее - МИС) при наличии интеграции.
10. Врач-специалист МО-исполнителя при оказании внешних медицинских услуг в амбулаторных условиях при наличии показаний для оказания специализированной медицинской помощи, требующей специальных методов диагностики и лечения, отсутствующих в МО - фондодержателе, вправе направить пациента на госпитализацию в стационар или дневной стационар этой или другой медицинской организации при условии согласования с МО-фондодержателем. Согласованием госпитализации является внесение МО-фондодержателем сведений о направлении застрахованного лица в АИС ИСЗЛ.
11. При оказании консультативной медицинской помощи по профилям детская и взрослая «оториноларингология (за исключением кохлеарной имплантации)» по согласованным объемам без направления от МО - фондодержателя, необходимые дополнительные диагностические и лечебные услуги проводить в рамках межучрежденческих расчетов (МУР) без направления МО - фондодержателя.
12. направления МО - фондодержателя на консультативный прием в поликлинику к нефрологу с диагнозом (N04) и госпитализацию в круглосуточный стационар с хроническим гломерулонефритом высокой степени активности, требующего ежемесячной госпитализации (N04), считать действительными в течение года с даты выдачи.
13. При направлении МО-фондодержателем пациента на получение плановой стационарной помощи МО-исполнитель осуществляет госпитализацию без проведения дополнительных диагностических, консультативных услуг.
14. В период лечения пациента в стационарных условиях, в случае необходимости привлечения врача-специалиста сторонней МО с целью консультации, использовать для взаиморасчетов тарифы, установленные в Прейскуранте тарифов на оплату внешних консультативных, диагностических и лечебных амбулаторно-поликлинических услуг, утвержденные Тарифным соглашением.
15. По окончании лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара врач-специалист МО-исполнителя выдает пациенту

выписной эпикриз с внесением сведений о выписке застрахованного лица в АИС ИСЗЛ.

16. Внешние медицинские услуги в плановой форме оказываются при предъявлении направления МО-Фондодержателя, за исключением:

- медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях в перинатальных центрах и в других медицинских организациях по профилю койки (отделения) «Патология беременных»;
- медицинской помощи, оказываемой по профилю «Неонатология»;
- медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара ГАУЗ «РКБ им. Н.А. Семашко», ГАУЗ «ДРКБ МЗ РБ», ГБУЗ «БРКОД» по профилю: «Детская онкология», «Онкология»;
- медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара по профилю: «Детская онкология» и «Онкология»;
- медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях ГАУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» по дистанционным консультациям в режиме реального времени (врач - пациент) больных сахарным диабетом и сердечно - сосудистыми заболеваниями»;
- медицинской помощи, оказываемой в отделении челюстно-лицевой хирургии ГАУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» по направлению врача-специалиста стоматологических поликлиник г. Улан-Удэ.

17. На уровне первичного технологического контроля реестров в Фонд проводит проверку случаев лечения, оказанных в стационарных условиях и условиях дневного стационара в плановом порядке, на наличие направления и факта госпитализации в АИС ИСЗЛ.