

**XIII. Порядок оказания видов медицинской помощи,
установленных базовой программой обязательного медицинского
страхования, застрахованным лицам за счет средств
обязательного медицинского страхования в медицинских
организациях, созданных в соответствии с законодательством
Российской Федерации и находящихся за пределами территории
Российской Федерации**

210. Застрахованным лицам при возникновении страхового случая медицинская помощь по видам медицинской помощи, установленным базовой программой за счет средств обязательного медицинского страхования, оказывается медицинскими организациями, созданными в соответствии с законодательством Российской Федерации и находящимися за пределами территории Российской Федерации (далее - медицинские организации, находящиеся за пределами Российской Федерации).

211. Медицинская помощь застрахованным лицам оказывается в соответствии с законодательством Российской Федерации.

212. Медицинская организация, находящаяся за пределами Российской Федерации, оказавшая медицинскую помощь застрахованному лицу при возникновении страхового случая, формирует и направляет счет и реестр счета за медицинскую помощь (далее - реестр) в территориальный фонд по месту страхования застрахованного лица не позднее десяти рабочих дней месяца, следующего за месяцем завершения случая оказания медицинской помощи.

Счет должен быть заверен подписью руководителя и главного бухгалтера медицинской организации (или иного должностного лица, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета) и печатью медицинской организации.

Реестр должен содержать следующую информацию:

- 1) наименование медицинской организации;
- 2) идентификационные данные, присвоенные юридическому лицу налоговым органом;
- 3) период, за который выставлен счет;
- 4) наименование субъекта Российской Федерации, в котором застрахованному лицу выдан полис;
- 5) номер позиции реестра;
- 6) сведения о застрахованном лице:
фамилию, имя, отчество (при наличии);
пол;
дату и место рождения;
серию, номер документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе;
серию, номер полиса;
наименование страховой медицинской организации;
дату регистрации в качестве застрахованного лица;
- 7) сведения об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи:
вид оказанной медицинской помощи (код);
диагноз в соответствии с МКБ-10;
дату начала и дату окончания оказания медицинской помощи;
объемы оказанной медицинской помощи;
профиль оказанной медицинской помощи (код);
должность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь (код);
тариф на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу;
стоимость оказанной медицинской помощи;
результат обращения за медицинской помощью (код).

Стоимость медицинской помощи рассчитывается на основании тарифов, утвержденных для медицинской организации, находящейся за пределами Российской Федерации, в субъекте Российской Федерации, первым принявшем уведомление о включении в реестр медицинских организаций, и объемов оказанной медицинской помощи в рублях по курсу Центрального банка Российской Федерации на дату выставления счета.

213. Территориальный фонд по месту страхования осуществляет контроль объемов, сроков, качества и условий оказанной медицинской помощи путем организации проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля.

214. Территориальный фонд по месту страхования в течение десяти рабочих дней с даты получения счета в электронном виде проводит медико-экономический контроль предъявленного медицинской организацией, находящейся за пределами Российской Федерации, счета и реестра и, при отсутствии причин, требующих дополнительного рассмотрения реестра, осуществляет оплату оказанной медицинской помощи.

215. При наличии причин, требующих дополнительного рассмотрения реестра, территориальный фонд по месту страхования застрахованного лица организует и проводит медико-экономическую экспертизу и/или экспертизу качества медицинской помощи.

По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с пунктом 10 статьи 40 Федерального закона применяются меры, предусмотренные статьей 41 Федерального закона и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи.

216. Территориальный фонд по месту страхования в течение двадцати пяти рабочих дней с даты получения счета в электронном виде осуществляет оплату медицинской помощи с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию по тарифам и способам оплаты медицинской помощи на дату завершения случая оказания медицинской помощи, за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда и направляет в медицинскую организацию, находящуюся за пределами Российской Федерации, соответствующее извещение об оплате, в котором указываются позиции реестра, не принятые к оплате или частично оплаченные, а также сведения о результатах проведенного контроля и экспертиз.

217. Сверка расчетов по счетам проводится ежегодно перед составлением годовой бухгалтерской отчетности за период с 1 октября предыдущего отчетного года по 30 сентября отчетного года включительно (далее - отчетный период) с оформлением акта сверки расчетов за медицинскую помощь, который должен содержать следующие сведения:

- 1) сальдо на начало отчетного периода с указанием номера, даты счета и суммы;
- 2) номер, дату счета;
- 3) суммы счетов, предъявленных к оплате, оплаченных и отказанных в оплате;
- 4) сальдо на конец отчетного периода с указанием номера, даты счета и суммы.

218. Территориальный фонд по месту страхования составляет акт сверки счетов, выставленных к оплате медицинской организацией, находящейся за пределами Российской Федерации, в двух экземплярах и направляет их до 15 ноября отчетного года в указанную медицинскую организацию.

219. Медицинская организация, находящаяся за пределами Российской Федерации, получившая акт сверки счетов, производит сверку данных и один экземпляр акта сверки в срок до 15 декабря отчетного года направляет в территориальный фонд по месту страхования застрахованного лица.

220. Обмен данными при осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого они застрахованы, производится в электронном виде в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета.

221. При технической невозможности осуществления обмена данными в электронном виде с соблюдением указанных требований усиленной квалифицированной электронной подписи подлинность сведений, представленных в электронном виде, должна подтверждаться документом на бумажном носителе.

222. Медицинская организация, находящаяся за пределами Российской Федерации, представляет отчетность о деятельности в сфере обязательного медицинского страхования в территориальный фонд, в реестр медицинских организаций которого она включена.