

**ПОРЯДОК
ПРОВЕДЕНИЯ ВЗАИМНЫХ РАСЧЕТОВ МЕЖДУ МЕДИЦИНСКИМИ
ОРГАНИЗАЦИЯМИ, УЧАСТВУЮЩИМИ В РЕАЛИЗАЦИИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ
ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

1. Обращение застрахованного лица в медицинскую организацию, к которой он не прикреплен, для получения первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (за исключением первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказываемой в условиях дневного стационара) может быть обусловлено:

1.1. Экстренными показаниями.

1.2. Отсутствием (временным или постоянным) в медицинской организации, к которой прикреплено застрахованное лицо, необходимого вида медицинской услуги, входящей в Территориальную программу ОМС, либо в случае осуществления выбора застрахованным лицом другой медицинской организации для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в плановой форме. Застрахованному лицу в медицинской организации, к которой оно прикреплено, должно быть выдано направление с указанием необходимых медицинских услуг и медицинской организации, в которое направляется застрахованное лицо.

1.3. Обращением застрахованного лица в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь, за медицинской помощью, к которой оно не прикреплено, но застрахованным лицом было подано заявление о выборе этой медицинской организации (на период обмена информационными письмами и документами между медицинскими организациями в порядке, установленном приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012г. № 406н), а также по месту жительства (в случае прикрепления застрахованного лица к другой медицинской организации не по месту жительства).

1.4. Оказанием первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в установленном порядке детям в образовательных учреждениях дошкольного и школьного типов, в которых организованы медицинские кабинеты (здравпункты), медицинской организацией, к которой указанные застрахованные лица не прикреплены.

1.5. Обращением учащихся (студентов) в медицинскую организацию, уполномоченную оказывать первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях учащимся высших и профессиональных образовательных учреждений, к которой указанные застрахованные лица не прикреплены.

2. Оказание медицинских услуг в амбулаторных условиях, в т.ч. диагностических и лабораторных исследований, консультаций врачей-специалистов в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, в соответствии с условиями территориальной программы ОМС осуществляется в соответствии с направлением, выданным медицинской организацией, к которой застрахованное лицо прикреплено. В направлении, выданном медицинской организацией, указываются необходимые медицинские услуги и наименование медицинской организации, в которую направляется застрахованное лицо.

3. Взаимные расчеты между медицинскими организациями не осуществляются в случае оказания медицинских услуг, которые не учитываются при расчете подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи.

4. В рамках взаимных расчетов оплата медицинских услуг, оказанных застрахованным лицам в медицинской организации, к которой они не прикреплены, осуществляется застраховавшей гражданина страховой медицинской организацией по тарифам, утвержденным Тарифным соглашением.

5. В рамках взаимных расчетов, предусмотренных пунктами 1.1 - 1.5, страховая медицинская организация при расчете финансирования конкретной медицинской организации учитывает сумму реестров за медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оказанную прикрепленным к другим медицинским организациям, а также пролеченным в других медицинских организациях, но прикрепленным к данной медицинской организации, согласованную между медицинскими организациями, подтвержденную подписями руководителей (уполномоченных лиц) медицинских организаций на документе согласования.

При проведении взаимных расчетов, предусмотренных пунктом 2 настоящего Порядка, к оплате за оказанные медицинские услуги страховыми медицинскими организациями принимаются реестры счетов/счета с указанием медицинской организации, выдавшей направление, при наличии согласования суммы реестров между медицинской организацией, оказавшей услуги, и медицинской организацией, выдавшей направление, подтвержденное подписями руководителей (уполномоченных лиц) медицинских организаций на документе согласования.

При проведении взаимных расчетов плановые объемы медицинской помощи учитываются у медицинской организации, к которой прикреплено застрахованное лицо (выдавшей направление).

6. В рамках выполнения стандартов медицинской помощи за лабораторные и диагностические исследования, консультации/посещения врачей-специалистов, проведенные в других медицинских организациях по направлению лечащего врача стационара/дневного стационара медицинской организации, в которой пациент проходит лечение, страховая медицинская организация производит взаиморасчеты между медицинскими организациями. При взаиморасчетах используются тарифы, утвержденные Тарифным соглашением.

Страховая медицинская организация при расчете финансирования конкретной медицинской организации учитывает сумму реестров за оказанную медицинскую помощь, согласованную между медицинскими организациями, подтвержденную подписями руководителей на документе согласования.

7. В случае привлечения одной медицинской организацией специалистов других медицинских организаций, проведения лабораторных и диагностических исследований в других медицинских организациях в рамках проведения диспансеризации или медицинских осмотров в соответствии с утвержденными порядками, при выполнении стандартов и порядков лечения, при транспортировке пациентов, не требующих оказания скорой медицинской помощи, из одной медицинской организации в другую медицинскую организацию оплата производится самостоятельно между медицинскими организациями на основании заключенных договоров.