

Порядок проведения межучрежденческих расчетов между медицинскими организациями.

1. Межучрежденческие расчеты за оказанную медицинскую помощь, осуществляются между медицинскими организациями (далее – МО) через страховую медицинскую организацию (далее – СМО) в целях обеспечения доступности оказания медицинской помощи в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – ТП ОМС) в соответствии с тарифами, утвержденными настоящим Тарифным соглашением.

2. Основные понятия, используемые в настоящем Порядке:

МО-заказчик (плательщик) – МО, участвующая в реализации ТП ОМС, оказывающая медицинскую помощь, оказанную вне организации, в амбулаторных условиях, в условиях дневного или круглосуточного стационаров, выдавшая застрахованному лицу направление для получения внешних медицинских услуг или МО к которой прикреплен пациент;

МО-исполнитель – МО, участвующая в реализации ТП ОМС, оказывающая внешние медицинские услуги застрахованным лицам, по направлениям, выданным медицинскими организациями- заказчиками или по месту прикрепления пациента;

Внешние медицинские услуги - консультация специалиста, лабораторные медицинские услуги, диагностические и инструментальные исследования, вызов скорой медицинской помощи.

3. Межучрежденческие расчеты при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории Республики Дагестан, осуществляются через СМО на основании сведений, представленных медицинскими организациями в соответствии с регламентом информационного взаимодействия между ТФОМС, СМО и МО, в рамках утвержденной стоимости медицинской помощи в соответствии с настоящим Порядком.

В систему межучрежденческих расчетов включаются МО оказывающие:

- медицинскую помощь в амбулаторных условиях;
- скорую медицинскую помощь;
- медицинскую помощь в условиях круглосуточного и дневного стационара (консультация специалиста, лабораторные медицинские услуги, диагностические и инструментальные исследования).

Для проведения межучрежденческих расчетов не предъявляются медицинские услуги, оказанные застрахованному лицу, прикрепившемуся к данной медицинской организации.

Оплата внешних медицинских услуг, оказанных МО-исполнителем, производится СМО за фактическое количество оказанных внешних услуг (посещений, обращений, лабораторных медицинских услуг, диагностических и инструментальных исследований, вызовов):

- за счет подушевого норматива финансирования медицинской организации, к которой гражданин прикреплен на медицинское обслуживание;

-за счет стоимости лечения заболевания, включенного в КСГ в случае отсутствия врача-специалиста, отсутствия возможности проведения тех или иных лабораторных услуг, диагностических исследований;

-за счет стоимости обращения, посещения медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц.

4. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях может осуществляться с использованием межучрежденческих расчетов за единицу объема медицинской помощи – обращение, посещение, за медицинскую услугу по установленным тарифам в системе ОМС (за исключением медицинской помощи по профилям «Стоматология», «Акушерство и гинекология», «Медицинская реабилитация», первого и второго этапов диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, первого и второго этапов профилактических осмотров, медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме, оказанием диализной помощи, диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, медицинской помощи в рамках школ сахарного диабета, за медицинскую помощь, оказываемую в консультативных поликлиниках).

Стоимость диагностических исследований (за исключением отдельных исследований, на которые установлен норматив ТППГ) включена в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и в стоимость законченного случая лечения заболевания, включенного в КСГ.

Оплата диагностических исследований (за исключением отдельных исследований, на которые установлен норматив ТППГ) производится в соответствии с настоящим Порядком в соответствии кодами и тарифами, приведенными в Приложении №15 Тарифного соглашения.

При отсутствии возможности выполнения всех исследований и иных медицинских вмешательств, учитываемых в комплексном посещении первого и второго этапов в рамках прохождения застрахованными лицами диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также проведения первого и второго этапа профилактических медосмотров, МО обеспечивает оказание необходимых медицинских услуг в других МО с использованием межучрежденческих расчетов в соответствии с настоящим Порядком, которые оплачиваются по кодам и тарифам согласно Приложениям № 2-6.

При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях ребенку по полису матери с последующим направлением ребенка на проведение лабораторно-диагностических исследований, консультацию врачей-специалистов, оплата производится за счет средств направившей МО.

Показания для направления прикрепленных граждан в иные МО определяет МО – заказчик (плательщик).

В случае выдачи направления МО - заказчиком лицу, прикрепленному к иной МО, медицинская помощь (которая включена в стоимость подушевого финансирования) оплачивается за счет средств направившей МО.

МО–исполнитель без направления осуществляет прием застрахованных лиц врачами, оказывающими медицинскую помощь:

- по профилю «Дерматовенерология»;
- по профилю «Гериатрия»;

- в центрах здоровья, в том числе центре здоровья, функционирующего при ГБУ РД «Республиканский центр общественного здоровья и медицинской профилактики»;

- в отделениях амбулаторной травмы по перечню МО, согласно приложению № 1.3.

МО-исполнитель ведет учет фактического количества оказанных внешних услуг (посещений, обращений, диагностических исследований, лабораторных и инструментальных услуг), в разрезе МО-заказчиков, выдавших направление на оказание медицинской помощи и/или по месту прикрепления пациента, по врачебным специальностям, указанным в абзацах 10-13 пункта 4 настоящего Порядка.

МО – заказчик (плательщик) ведет учет направлений, выданных на получение внешних услуг (посещений, обращений, диагностических исследований, лабораторных и инструментальных услуг), в разрезе МО–исполнителей.

5. При проведении межучрежденческих расчетов по скорой медицинской помощи за счет подушевого норматива финансирования производится оплата за фактическое количество вызовов, оказанных застрахованному обслуживаемому населению Республики Дагестан другими станциями и отделениями СМП.

Стоимость вызовов, фактически оказанных застрахованным гражданам, относящимся к зоне обслуживания других станций и отделений СМП, удерживается из принятого к оплате подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, территориально обслуживающей данных застрахованных лиц.

МО - исполнитель ведет учет фактически оказанных вызовов в разрезе МО – заказчиков (плательщиков), обслуживающих данное застрахованное население.

6. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного и дневного стационаров, может осуществляться с использованием системы межучрежденческих расчетов за единицу объема медицинской помощи (консультация специалиста, лабораторные услуги, диагностические исследования) за счет стоимости законченного случая лечения по направлению лечащего врача стационара.

При отсутствии возможности оказания застрахованным лицам специализированной (включая высокотехнологичную) медицинской помощи в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи в полном объеме и на условиях, определенных ТП ОМС (отсутствие врача-специалиста, отсутствие возможности проведения тех или иных диагностических исследований, лабораторных и инструментальных услуг) МО обеспечивает оказание необходимых медицинских услуг в других МО.

МО-исполнитель составляет реестр счетов по установленным тарифам с указанием информации о МО-заказчике.

МО-исполнитель ведет учет фактического количества оказанных внешних услуг (посещений, обращений, диагностических исследований, лабораторных и инструментальных услуг), в разрезе МО–заказчиков (плательщиков), выдавших

направление на оказание медицинской помощи и/или по месту прикрепления пациента.

МО – заказчик (плательщик) ведет учет направлений, выданных на получение внешних услуг (посещений, обращений, диагностических исследований, лабораторных и инструментальных услуг) и учет посещений, обращений оказанных пациентам, прикрепленным к данной МО, в разрезе МО – исполнителей.

СМО осуществляют оплату медицинской помощи, оказанную МО, на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи.

При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для МО-заказчика, уменьшается на объем средств, перечисляемых МО-исполнителю по направлениям, выданным данной МО или по месту прикрепления пациента по врачебным специальностям, указанным в абзацах 10-13 пункта 4 настоящего Порядка.

В случае отсутствия направления и прикрепления при оказании плановой медицинской помощи застрахованному лицу в соответствии с настоящим Порядком страховой случай отклоняется от оплаты.

Разногласия, возникающие между медицинскими организациями при проведении межучрежденческих расчетов, разрешаются в порядке определяемом приказом Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Дагестан.