Приложение 1

к дополнительному соглашению

от 25.07.2019 г.

Приложение 2

к Тарифному соглашению от 28.12.2018 г.

ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

медицинской помощи, предоставляемой в рамках Территориальной

программы обязательного медицинского страхования

Кабардино-Балкарской Республики

**с 01.07.2019 г.**

1. В пункте 2.1.4. «Комплексное посещение», абзац 15 изложить в следующей редакции:

При предъявлении к оплате одной МО более одного случая проведения любых видов профмероприятий для взрослого населения, проведенных в один отчетный период одному и тому же застрахованному лицу, с оплаты снимаются оба случая по коду дефекта –5.1.4.– некорректное заполнение полей реестра счетас комментариями по случаям.

2. В пункте3.30. «Оплата медицинской помощи с применением методов диализа», абзац 22изложить в следующей редакции:

Для оплаты услуг диализа к **базовым тарифам5 051,0** руб.на услугу гемодиализа (код услуги – A18.05.002) и **3 991,0** руб.на услугуперитонеального диализа (код услуги – А18.30.001), применяются коэффициенты относительной затратоемкостисогласно приведенной ниже таблице:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код услуги | Наименование услуги | Условия оказания | Единица оплаты | Коэфф. относит.затратоемкости | Тариф услуги, руб. |
| 1 | A18.05.002 | Гемодиализ | Не исп. | услуга | 1,0 | **5 051,0** |
| 2 | A18.05.002.002 | Гемодиализ интермиттирующийнизкопоточный | Амбул  Днев. Стац. | услуга | 1,0 | **5 051,0** |
| 3 | A18.05.002.001 | Гемодиализ интермиттирующийвысокопоточный | Амбул  Днев. Стац. | услуга | 1,05 | **5 304,0** |
| 4 | A18.05.011 | Гемодиафильтрация | Амбул  Днев. Стац. | услуга | 1,08 | **5 455,0** |
| 5 | A18.30.001 | Перитонеальный диализ | Амбул | Услуга - день обмена | 1,0 | **3 991,0** |