Приложение 2

к Дополнительному соглашению от 29.04.2020 г.

Приложение 2

к Тарифному соглашению на 2020 год от 30.12.2019 г.

ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

медицинской помощи, предоставляемой в рамках Территориальной

программы обязательного медицинского страхования

Кабардино-Балкарской Республики

**с 01.04.2020 г.**

1. Абзац 5 подпункта 2.3. «В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются» дополнить фразой «и качественное определение РНК возбудителя COVID-19 (коронавируса SARS-CoV-2) в соскобе клеток из носоглотки и из ротоглотки методом ПЦР»;

2. Последнюю фразу абзаца 3 подпункта 2.5. «При проведении МЭК, МЭЭ и ЭКМП…» изложить в следующей редакции: «За исключением обращений и иных посещений на дому врачами-специалистами для оказания медицинской помощи застрахованным лицам, связанной с коронавирусной инфекцией, вызванной вирусом COVID-19».

3. В подпункте 2.8.3. «Посещения с иными целями включают:»

3.1. абзац и) изложить в следующей редакции: *«и) посещения на дому врачами-специалистами для оказания медицинской помощи застрахованным лицам, связанной с коронавирусной инфекцией, вызванной вирусом COVID-19:*

- в течение всего инкубационного периода лиц, вернувшихся с территорий, где зарегистрированы случаи заболевания, вызванного коронавирусом штамма COVID-19, а также лиц, контактировавших с лицом, у которого подтвержден диагноз U07.1, U07.2 «COVID-19», в случаях неподтвержденного диагноза у контактировавших, в реестрах счетов код МКБ-10 Z20.8 «Контакт с больным или возможность заражения другими инфекционными заболеваниями»;

- при наличии подозрения на коронавирусную инфекцию в реестрах счетов код МКБ-10 Z03.8 «Наблюдение при подозрении на другие болезни или состояния»;

- при наличии бессимптомной формы коронавирусной инфекции, вызванной вирусом COVID-19 (подтвержден лабораторным тестированием) в реестрах счетов код МКБ-10 Z 22.8 «Носительство возбудителя другой инфекционной болезни».»;

3.2. абзац 1 изложить в следующей редакции:

«Для медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, при включении в реестр оказанной медицинской помощи позиции по профилактическому посещению *с иными целями, в том числе по посещениям на дому врачами-специалистами для оказания медицинской помощи застрахованным лицам, связанной с коронавирусной инфекцией, вызванной вирусом COVID-19*, способ оплаты указывать «По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи» (код 25).».

4. Подпункт 2.13. «*Учет медицинских услуг»* изложить в следующей редакции:

*Учет медицинских услуг* используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований, утвержденных Программой государственных гарантий – компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также при оплате дорогостоящих видов диагностических услуг - молекулярно-биологическое исследование (МБИ) на определение вируса и генотипа гепатита С (качественное и количественное), молекулярно-биологическое исследование (МБИ) на определение вируса гепатита В (качественное и количественное), ультразвуковая пренатальная диагностика, диагностические исследования мазков из цервикального канала методом жидкостной цитологии, качественное определение РНК возбудителя COVID-19 (коронавируса SARS-CoV-2) в соскобе клеток из носоглотки и из ротоглотки методом ПЦР (далее – диагностические (лабораторные) исследования).

Назначение диагностических (лабораторных) исследований, осуществляется врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированнуюв амбулаторных условиях в медицинской организации, выбранной гражданином для получения первичной медико-санитарной помощи, при наличии медицинских показаний.

Ежедневно в медицинской организации лицом, ответственным за обоснованную выдачу направлений на проведение диагностических (лабораторных) исследований, врачу предоставляются сведения о возможных объемах вышеуказанных диагностических (лабораторных) исследований, проводимых в конкретных медицинских организациях.

В сложных и спорных случаях для принятия решения о необходимости проведения дорогостоящих видов диагностики привлекается главный внештатный специалист Минздрава КБР по профилю заболевания.

В медицинских организациях, оказывающих экстренную круглосуточную помощь пациентам с признаками острого нарушения мозгового кровообращения, нейрохирургической патологией и острыми травмами, проведение диагностических исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии обеспечивается в диагностических отделениях, располагающихся в указанных медицинских организациях, в рамках объемов, установленных решением Комиссии по разработке ТП ОМС в КБР для данной медицинской организации и по направлению, оформленному врачом приемного отделения (дежурным врачом) с пометкой (cito!), независимо от места прикрепления пациента к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь.

Направление на проведение диагностических (лабораторных) исследований выдается на бланке формы № 057/у-04 «Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию», 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», заверенное подписью ответственного лица и печатью медицинской организации. В направлениях необходимо указывать коды диагностических (лабораторных) исследований в строгом соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Минздрава России от 13.10.2017 г. № 804н и действующей «Номенклатурой лечебно-диагностических услуг на 2020 год», утвержденной Комиссией по разработке ТП ОМС КБР.

Оформление направлений на гистологические исследования с целью выявления онкологических заболеваний (прижизненные патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала, полученного при проведении диагностических исследований в амбулаторных условиях) производить на бланке [формы № 014/у](file:///G:\ТФОМС%202020\Норматив%202020\Порядок%20оплаты%202020\Приложение%202%20-%20Порядок%20оплаты.docx#Par442) «Направление на прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала», утвержденной приказом Минздрава России от 24.03.2016 № 179н «О Правилах проведения патолого-анатомических исследований». В разделе 11 направления на гистологическое исследование в обязательном порядке указывать «Подозрение на новообразование при обследовании в амбулаторно-поликлинических условиях».

Реестр счетов на оплату медицинской помощи по видам медицинских услуг, предоставляется страховым медицинским организациям медицинской организацией, осуществившей диагностические (лабораторные) исследования.

При формировании реестров счетов для оплаты медицинских услуг в поле «вид медицинской помощи» указывается «первичная специализированная медицинская помощь» (код 13), в поле «код способа оплаты медицинской помощи» указывается **«28»** - **за медицинскую услугу.**

Обязательным условием оформления реестра счетов является указание кода диагностической услуги в соответствии с «Номенклатурой лечебно-диагностических услуг на 2020 год», утвержденной Комиссией по разработке ТП ОМС КБР.

Страховые медицинские организации принимают к оплате услуги при наличии направления на исследования от врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, в амбулаторных условиях в медицинской организации, выбранной гражданином для получения первичной медико-санитарной помощи, за исключением оформления направления на проведение: диагностических исследований пациентам, с установленным диагнозом онкологического заболевания или подозрением на ЗНО; компьютерной томографии легких по экстренным показаниям при подозрении на развитие у пациента пневмонии, вызванной коронавирусом штамма COVID-19.

Оплата медицинской помощи осуществляется в пределах объемов, установленных Решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

5. В подпункте 3.2. абзац 4 изложить в следующей редакции:

«- «Инструкцией по группировке случаев, в том числе правила учета классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях», направленной письмом ФФОМС от 21.02.2020 № 2493/26-1/и <О дополнении к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования> (далее – Инструкция ФФОМС);».

6. В подпункте 3.3. «Справочники Расшифровки групп» абзац 1 изложить в следующей редакции: «Приложением к Инструкции, направленной письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.02.2020 г. № 2493/26-1/и <О дополнении к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования> являются файлы «Расшифровка групп КС» и «Расшифровка групп ДС», которые имеет одинаковую структуру для круглосуточного и дневного стационаров и состоят из следующих листов, содержащих соответствующие справочники:».

7. Абзац 4, пункта 4. «Оплата скорой в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» изложить в следующей редакции:

«При определении ежемесячного объема финансирования конкретной медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь, страховые медицинские организации учитывают тарифы, установленные на основе подушевого норматива финансирования и на основе акта сверки (по договору на оказание и оплату медицинской помощи) численности застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию, для получения первичной медико-санитарной помощи, находящуюся на территории обслуживания скорой медицинской помощи.».