

ОМС

Дополнительное соглашение
к Тарифному соглашению от 30.01.2015 г.

г. Нальчик

26.06.2015 г.

На основании решения Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС в КБР (протокол № 46 от 26.06.2015 г.) Стороны в составе

от Министерства здравоохранения КБР	– зам. председателя Правительства КБР – министр И.М. Шетова,
от Территориального фонда ОМС КБР	- директор И.В. Мишкова,
от ассоциации медработников КБР	- председатель рескома профсоюза работников здравоохранения КБР О.В. Яськова,
от ассоциации страховщиков	- исполнительный директор филиала ЗАО «Капитал Медицинское страхование» в г. Нальчике А.Р. Болов

достигли соглашения о внесении следующих изменений в Тарифное соглашение от 30.01.2015 г.:

1. Изложить Приложения 2 Тарифного соглашения согласно Приложению
Данное изменение вступает в силу с 1 июля 2015 г.

Представители сторон:

от Минздрава КБР

И.М. Шетова

от ТФ ОМС КБР

И.В. Мишкова

от ассоциации медработников

О.В. Яськова

от ассоциации страховщиков

А.Р. Болов

ПОРЯДОК ОПЛАТЫ
медицинской помощи, предоставляемой в рамках Территориальной
программы обязательного медицинского страхования
Кабардино-Балкарской Республики

1. Общие положения

1.1. Порядок оплаты медицинской помощи (далее – Порядок), устанавливает общие принципы оплаты медицинской помощи, предоставляемой медицинскими организациями республики в рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Кабардино-Балкарской Республики.

1.2. На территории Кабардино-Балкарской Республики действует единая система оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования КБР.

1.3. Оплата за оказанную медицинскую помощь производится в соответствии с номенклатурой работ и услуг, определенных лицензией медицинской организации.

1.4. Оплата медицинских услуг производится на основании представленных медицинской организацией реестров счетов в пределах объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, по тарифам на медицинские услуги, утвержденным Тарифным соглашением на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Кабардино-Балкарской Республики на текущий год (далее – Тарифное соглашение).

1.5. Оплата за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями Кабардино-Балкарской Республики, осуществляется:

1.5.1. при оказании специализированной помощи – по тарифам, действующим на момент выписки больного;

1.5.2. при оказании первичной медико-санитарной и скорой медицинской помощи – по тарифам, действующим на момент оказания медицинской услуги.

1.6. При невозможности предоставления медицинских услуг определенного вида и объема, требуемого для выполнения стандарта оказания медицинской помощи, медицинская организация обеспечивает оказание

необходимой медицинской помощи пациенту в другой(их) медицинской(их) организации(ях), оплатив ей (им) в дальнейшем стоимость данной(ых) услуги (услуг) согласно договору, заключенному между сторонами.

1.7. Оплата медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Кабардино-Балкарской Республики, производится в соответствии с разделом IX Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.02.2011 № 158н.

1.8. Медицинская помощь военнослужащим Министерства обороны РФ, Федеральной службы безопасности РФ, Федерального агентства правительственной связи и информации при Президенте РФ, Федеральной службы охраны РФ, Службы внешней разведки РФ, Федеральной пограничной службы РФ, Министерства юстиции РФ и других федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная служба, оказывается в соответствии с постановлением Правительства РФ от 31.12.2004 № 911 «О порядке оказания медицинской помощи, санаторно-курортного обеспечения и осуществления отдельных выплат некоторым категориям военнослужащих, сотрудников правоохранительных органов и членам их семей, а также отдельным категориям граждан, уволенных с военной службы».

Медицинская помощь сотрудникам органов внутренних дел оказывается в соответствии с постановлением Правительства РФ от 30.12.2011 № 1232 «О порядке оказания сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации, отдельным категориям граждан Российской Федерации, уволенных со службы в органах внутренних дел, и членам их семей медицинской помощи и их санаторно-курортного обеспечения».

Медицинская помощь указанным категориям граждан не подлежит оплате за счет средств обязательного медицинского страхования.

1.9. Медицинская помощь, оказанная ребенку до даты государственной регистрации рождения и получения полиса ОМС на него, оплачивается на основании данных полиса ОМС матери или другого законного представителя ребенка.

1.10. Оплата медицинской помощи, оказанной иностранным гражданам и лицам без гражданства в медицинских организациях на территории Кабардино-Балкарской Республики, осуществляется в соответствии с федеральным законодательством: ст.19 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» от 21.11.2011 года №323-ФЗ; Постановлением Правительства РФ от 06.03.2013года №186 «Об утверждении правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации».

1.11 Лицам, имеющим удостоверение беженца, свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, а так же имеющим свидетельство о предоставлении временного убежища, право на медицинскую помощь предоставляется в соответствии с Федеральным законом

от 19.02.1993г (в редакции Федерального закона от 28.12.2013г.№390-ФЗ) «О беженцах».

2. Порядок оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях

2.1. Способом оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях на территории Кабардино-Балкарской Республики является оплата за единицу объема медицинской помощи.

Оказание медицинской помощи включает: услуги врачебных осмотров (осмотров среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации), назначенные по их результатам и зафиксированные в медицинской карте пациента лечебные, диагностические услуги (диагностика лабораторная, в том числе клинико-диагностические, бактериологические, биохимические, иммуносерологические, цитологические исследования и т.п., диагностика лучевая, функциональная, эндоскопическая и т.п.), услуги вспомогательных служб (процедурный кабинет, в отделении физиотерапии – кабинеты по видам физиотерапевтической помощи, в том числе кабинет массажа, лечебной физкультуры и т.п.) и т.д. в соответствии с ОСТ 91500.09.0003-2001.

В качестве учетной единицы для оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях принимается:

I. Профилактическое посещение:

а) посещение с профилактической целью:

- в Центрах здоровья (впервые обратившихся граждан в отчетном году для проведения комплексного обследования и в связи с динамическим наблюдением в Центре здоровья);

- в связи с диспансерным наблюдением;

- в связи с медицинскими осмотрами при проведении профилактических прививок;

- в связи с патронажем;

б) посещение с иными целями:

- разовые посещения по поводу заболевания, динамического наблюдения в период беременности при физиологическом течении не более 1 раза в месяц при сроке беременности до 30 недель, не более 2 раз в месяц при сроке беременности более 30 недель);

- посещения, связанные с назначением диагностического обследования, направлением на консультацию, госпитализацию, получением справок установленного образца, санаторно-курортной карты и других медицинских документов);

- посещения, связанные с прохождением отдельных видов дорогостоящих диагностических обследований (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография).

II. Обращение по поводу заболевания, представляющее собой законченный случай лечения заболевания (кратностью 2 и более посещений).

Учет объемов медицинской помощи ведется в обращениях и посещениях внутри обращения.

III. Посещение в связи с оказанием неотложной медицинской помощи.

IV. Комплексная медицинская услуга:

- за законченный случай диспансеризации детей-сирот;
- за законченный случай профилактического медицинского осмотра взрослого населения;
- за законченный случай диспансеризации взрослого населения (I и II этапы);
- за законченный случай медицинского осмотра несовершеннолетних:
 - профилактические медицинские осмотры (I и II этапы),
 - предварительные медицинские осмотры (I и II этапы),
 - периодические медицинские осмотры.

Учет объемов медицинской помощи ведется в законченных случаях и посещениях внутри законченного случая.

V. Условная единица труда (УЕТ) – при оказании стоматологической помощи в амбулаторных условиях (учет объемов медицинской помощи ведется в посещениях и УЕТах).

VI. Оплата медицинской помощи, оказанной средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации, осуществляется с применением коэффициента 0,8:

- фельдшером терапевтического участка – 0,8 от тарифа терапевта;
- медицинской сестрой педиатрического участка – 0,8 от тарифа педиатра;
- акушеркой гинекологического участка – 0,8 от тарифа акушера-гинеколога;
- зубным врачом – 0,8 от тарифа стоматолога.

VII. Оплата медицинской помощи, оказанной в школьных и дошкольных учреждениях, осуществляется в размере 1/12 от запланированных расходов на содержание медицинских работников школьно-дошкольных образовательных учреждений.

2.2. Не подлежат оплате как посещения:

- обследования в отделениях (кабинетах) функциональной, лучевой, эндоскопической диагностики, лабораториях и т.д.;
- консультации и экспертизы, проводимые врачебными комиссиями;
- посещения к врачам функциональной диагностики, физиотерапевтам, логопедам, психологам и т.п.;
- посещения врачей, регламентированные нормативными документами в качестве платных медицинских услуг;
- повторное посещение в течение дня больным одного и того же врача или врачей одной и той же специальности и (или) среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием в порядке, установленном Министерством здравоохранения РФ.

2.3 Медицинские услуги, оказанные врачом или средним медицинским работником, ведущим самостоятельный прием, независимо от вида/повода

обращения пациента, должны быть зафиксированы в медицинской документации: медицинской карте амбулаторного больного (ф. № 025/у), истории развития ребенка (ф. № 112/у), медицинской карте ребенка (ф. № 026/ у).

Отсутствие в медицинской документации записи, отражающей врачебный осмотр или осмотр средним медицинским работником, ведущим самостоятельный прием, консультацию пациента, является основанием для отказа в оплате данного случая оказания амбулаторно-поликлинической помощи.

2.4. Направлению на проведение магнитно-резонансной и компьютерной томографии в рамках выделенных объемов, утвержденных тарифным соглашением, подлежат лица, обследующиеся и состоящие на диспансерном учете по поводу онкологических заболеваний и требующие проведения регулярных контрольных исследований, а также пациенты с соматическими заболеваниями при наличии показаний. В сложных и спорных случаях для принятия решения о необходимости проведения томографического исследования привлекается главный специалист по профилю заболевания.

Направление на проведение магнитно-резонансной и компьютерной томографии выдается врачебной комиссией медицинской организации, в которой пациент наблюдается, на бланке формы №057/у-04, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 года № 255, за подписью председателя и членов врачебной комиссии медицинской организации, заверяется печатью врачебной комиссии.

Реестр счетов на оплату медицинской помощи по ОМС предоставляется медицинской организацией, осуществившей томографическое исследование. К реестрам счетов на оплату медицинской помощи прикладываются копии направлений формы №057/у-04 врачебных комиссий медицинских организаций, направивших пациентов на магнитно-резонансное и компьютерное исследование.

3. Порядок оплаты специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара и дневных стационаров всех типов

3.1 В соответствии с Программой ОМС оплата медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара и дневных стационаров всех типов, осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (далее – КСГ) или за законченный случай лечения заболевания по профилю медицинской помощи при оказании медицинской помощи по медицинской реабилитации, а в установленных пунктами 3.10, 3.12 случаях – за фактическое количество дней лечения пропорционально тарифу КСГ или тарифу законченного случая по профилю медицинской помощи при медицинской реабилитации.

В утвержденных объемах государственного задания по оказанию медицинской помощи в условиях круглосуточных и дневных стационаров указан общий объем случаев (и законченных, и незаконченных).

3.2 Расшифровка КСГ в соответствии с Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра, принятой 43-й Всемирной Ассамблеей Здравоохранения (далее – МКБ-Х), Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 года № 1664н (в редакции приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.10.2013 года №794н), дополнительными критериями осуществляются согласно методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования «Способы оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) и клинико-профильных групп (КПГ)», направленным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.12.2014 года № 11-9/10/2-9454, дополнениям к этим методическим рекомендациям и инструкции по группировке случаев, правилам учета дополнительных классификационных критериев, направленным Федеральным фондом обязательного медицинского страхования от 18.12.2014 года № 6538/21-3/п.

3.3 Если при оказании медицинской помощи пациенту было выполнено хирургическое вмешательство, оплата осуществляется по хирургической КСГ. Отнесение случая лечения к конкретной КСГ заболеваний осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры услуг, при этом в реестре счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию указывается код хирургического вмешательства согласно Номенклатуре услуг.

3.4 Если при оказании специализированной медицинской помощи пациенту не выполнялось хирургическое вмешательство, законченный случай оказания медицинской помощи предьявляется к оплате по тарифу терапевтической КСГ, а в случаях, предусмотренных правилами группировки КСГ – по тарифу соответствующей комбинированной КСГ. Отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10.

При этом в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС указывается код МКБ-Х основного заболевания, и, при необходимости, код МКБ-Х сопутствующих диагнозов.

3.5 В случае, если пациенту оказывалось оперативное лечение, но тариф хирургической КСГ, к которой подлежит данный случай лечения согласно пункту 3.3, меньше тарифа терапевтической КСГ, к которой его можно было бы отнести в соответствии с кодом МКБ-Х, случай предьявляется к оплате по тарифу терапевтической КСГ. В этом случае в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС указывается код хирургического вмешательства согласно Номенклатуре услуг.

Данный подход не применяется для приведенных ниже комбинаций КСГ. Иными словами, при наличии операции, соответствующей приведенным ниже КСГ, отнесение случая должно осуществляться только на основании кода услуги

Номенклатуры. Отнесение данного случая на основании кода диагноза МКБ 10 к терапевтической группе исключается.

КСГ, к которой случай мог бы относиться на основании кода диагноза по МКБ 10		КСГ, к которой случай должен быть отнесен на основании кода услуги по Номенклатуре	
№ КСГ	Наименование КСГ по диагнозу	№ КСГ	Наименование КСГ по услуге
7	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	13	Операции на женских половых органах (уровень 1)
7	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	14	Операции на женских половых органах (уровень 2)
8	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов	13	Операции на женских половых органах (уровень 1)
22	Неинфекционный энтерит и колит	64	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
81	Дорсопатии, спондилопатии, переломы позвоночника	193	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)
81	Дорсопатии, спондилопатии, переломы позвоночника	196	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)
143	Болезни глаза	138	Операции на органе зрения (уровень 1)
166	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети	245	Операции на органах полости рта (уровень 1)
244	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые	245	Операции на органах полости рта (уровень 1)
200	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера мочевых органов и мужских половых органов	37	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1)
226	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани	211	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)

3.6 Оплата лечения по нозологическим формам в соответствии с их группировкой по КСГ производится при условии выполнения объема обследования, лечения, достижения результатов обращения за медицинской помощью.

Оплата производится в пределах объемов, утвержденных комиссией по разработке Территориальной программы ОМС.

3.7. Оплате в полном объеме, независимо от длительности лечения, подлежат сверхкороткие случаи госпитализации (при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней), входящие в следующие группы:

№ КСГ	Наименование КСГ
4	Родоразрешение
5	Кесарево сечение
8	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов
9	Беременность, закончившаяся абортным исходом
11	Искусственное прерывание беременности (аборт)
13	Операции на женских половых органах (уровень затрат 1)
14	Операции на женских половых органах (уровень затрат 2)
20	Ангионевротический отек, анафилактический шок
48	Сахарный диабет, дети
134	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
135	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
138	Операции на органе зрения (уровень затрат 1)
159	Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения
177	Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1)
226	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани
245	Операции на органах полости рта (уровень 1)
249	Сахарный диабет без осложнений, взрослые
250	Сахарный диабет с осложнениями, взрослые

3.8 Законченный случай повторного оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара по тому же поводу в той же медицинской организации в течение 60 дней после окончания лечения предъявляется к оплате по тарифу КСГ с коэффициентом 0,5, кроме следующих случаев:

- прогрессирования заболевания, обусловленного невыполнением пациентом предписанного ему режима или медикаментозной терапии;
- закономерного прогрессирования заболевания (патологического процесса);
- нарушения в преемственности ведения больного, допущенного на последующем этапе оказания медицинской помощи другой медицинской организацией;
- проведения очередного этапа лечения после стабилизации состояния пациента;
- проведения в стационарных условиях медицинских манипуляций или сложных методов лечения после подбора целевых доз лекарственных препаратов;
- проведения очередного курса терапии генно-инженерными препаратами ревматологическим пациентам.

Обоснованность оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара ранее 60 дней после окончания лечения в случаях, установленных настоящим пунктом Порядка, подтверждается результатами контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с приказом ФФОМС от 01.12.2010 N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию".

3.9. Для определения стоимости одного дня лечения в тарифе КСГ используется усредненная длительность лечения из интервала длительности лечения по КСГ, установленного приказом МЗ КБР от 30.01.2015г. №19-П.

3.10. В случаях прерванного лечения (незаконченный случай лечения) в связи:

- со смертью пациента (в том числе в случае досуточной летальности);
- с прерыванием лечения по инициативе пациента;
- с прерыванием лечения по инициативе медицинской организации;
- с переводом в другую медицинскую организацию;

случай оказания медицинской помощи без оперативного вмешательства предъявляется к оплате за фактическое количество дней лечения пропорционально тарифу КСГ или тарифу законченного случая по профилю медицинской помощи, но не более тарифа соответствующей КСГ или тарифа законченного случая по профилю медицинской помощи.

Для незаконченных случаев лечения с проведением оперативного вмешательства оплата производится по полному тарифу хирургической КСГ.

3.11. Все случаи укорочения срока лечения от минимальной длительности лечения, установленного приказом МЗ КБР от 30.01.2015г. №19-П, и предъявленные к оплате как законченные случаи лечения по решению врачебной комиссии медицинской организации, за исключением случаев КСГ, указанных в п.3.7., подлежат медико-экономической экспертизе в соответствии с приказом ФФОМС от 01.12.2010г. № 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" и оплачиваются в полном объеме по тарифу законченного случая соответствующей КСГ при условии выполнения объема обследования, лечения, достижения результатов обращения за медицинской помощью.

3.12. В случае перевода пациента из одного отделения в другое в одной медицинской организации, обусловленного возникновением нового заболевания или состояния, не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания (процесса), внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, ранее оказанная медицинская помощь при незаконченном случае лечения предъявляется к оплате за фактическое количество дней лечения пропорционально тарифу КСГ, но не более тарифа соответствующей КСГ. При переводе пациента после завершения лечения (при

законченном случае лечения), ранее оказанная помощь предъявляется к оплате по тарифу законченного случая соответствующего КСГ.

3.13. При переводах пациента с одного профиля коек на другой, из дневного стационара в круглосуточный стационар или из круглосуточного стационара в дневной стационар в пределах одной медицинской организации, вызванных причинами уточнения основного диагноза, возникновения состояния, являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания (процесса), внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, счет выставляется за один страховой случай по тарифу КСГ в соответствии с окончательным клиническим диагнозом или выполненным хирургическим вмешательством.

3.14. Расходы на медицинскую помощь, оказываемую в реанимационных отделениях медицинских организаций (палатах интенсивной терапии), входят в общий объем предоставляемой по соответствующему профилю медицинской помощи, которая компенсируется по тарифу КСГ.

Исключение составляют дети неонатального возраста, которым расходы на медицинскую помощь, оказанную в реанимационных отделениях второго этапа выхаживания новорожденных, подаются к оплате по тарифу соответствующей КСГ («Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций»).

3.15. Оплата законченных случаев обоснованной сверхдлительной госпитализации осуществляется по стоимости соответствующей КСГ с дополнительной оплатой стоимости каждого койко-дня, превышающего максимальную длительность лечения, утвержденную приказом МЗ КБР от 30.01.2015г. №19-П.

Критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок, превышающий максимальный срок лечения, утвержденный в интервале длительности лечения соответствующего КСГ, при наличии заключения врачебной комиссии медицинской организации с обоснованием причины продления срока лечения пациента.

Все случаи превышения максимальной длительности лечения подлежат экспертизе оказанной медицинской помощи в соответствии с приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию".

3.16. Законченный случай оказания медицинской помощи в связи с родами предъявляется к оплате по тарифу КСГ «Медицинская помощь матери в связи с состоянием плода и возможными трудностями родоразрешения, осложнения родов и родоразрешения», «Родоразрешение» или «Кесарево сечение».

Случаи лечения по КСГ, обусловленные патологией беременности продолжительностью 6 дней и более с последующим родоразрешением, оплачиваются по стоимости двух КСГ.

Наличие показаний к оказанию медицинской помощи в связи с патологией беременности подтверждается результатами контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

При этом в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС указывается код КСГ «Медицинская помощь матери в связи с состоянием плода и возможными трудностями родоразрешения, осложнения родов и родоразрешения», «Родоразрешение» или «Кесарево сечение», и дополнительно код КСГ патологии беременности по МКБ-Х.

3.17. Случаи лечения по КСГ, обусловленные патологией беременности продолжительностью менее 6 дней, с последующим родоразрешением, оплачивается по тарифу более дорогостоящего КСГ.

3.18. При оказании в приемном отделении медицинских организаций медицинской помощи, не требующей госпитализации, и при наблюдении за состоянием здоровья пациента до 6 часов после проведенных лечебно-диагностических мероприятий данный вид услуги оформляется как одно «посещение» по основному профилю оказанной медицинской помощи в пределах объемов, утвержденных комиссией по разработке Территориальной программы ОМС.

Случай оказания медицинской помощи в приемном отделении считается законченным, если пациенту, не подлежащему госпитализации, оказана необходимая медицинская помощь, причины отказа в госпитализации и оказанная медицинская помощь зафиксированы в медицинской документации в установленном порядке. Минимальным набором медицинских услуг, обосновывающим предъявление случая к оплате, является осмотр дежурным врачом и проведение необходимых для постановки диагноза лабораторно-инструментальных исследований.

3.19. Случай выявления туберкулеза, ВИЧ-инфекции, психического заболевания у пациента, госпитализированного в медицинские организации сферы ОМС КБР с другим диагнозом, подлежит оплате в соответствии с кодом КСГ «Госпитализация в диагностических целях с постановкой диагноза туберкулеза, ВИЧ-инфекции, психического заболевания».

3.20. Специализированная медицинская помощь по медицинской реабилитации осуществляется в учреждениях, утвержденных комиссией по разработке Территориальной программы ОМС, по следующим профилям:

- кардиология;
- неврология;
- гастроэнтерология;
- гинекология и акушерство;
- травматология и ортопедия;
- пульмонология;
- эндокринология;
- сердечно-сосудистая хирургия

Отбор больных на реабилитационное лечение осуществляется в соответствии с порядком направления, показаниями и противопоказаниями к

реабилитационному лечению, утвержденным приказом Министерства здравоохранения КБР от 21.01.2015г. №7-П.

Случай оказанной медицинской реабилитации считается завершенным при проведении полного курса лечения в течение срока длительности лечения, установленного тарифным соглашением.

Оплата случаев медицинской реабилитации осуществляется в соответствии с тарифами, утвержденными тарифным соглашением. При оплате случаев медицинской реабилитации коэффициент уровня медицинской организации дополнительно не учитывается.

3.21. Случай прерванного реабилитационного лечения (незаконченный курс реабилитационного лечения) предъявляется к оплате за фактическое количество дней лечения пропорционально тарифу законченного случая по профилю медицинской реабилитации, но не более тарифа законченного случая по соответствующему профилю медицинской реабилитации.

3.22. Случай продленного курса реабилитационного лечения оплачивается по тарифу законченного случая по профилю медицинской реабилитации, утвержденному тарифным соглашением.

3.23. Высокотехнологичная медицинская помощь за счет средств ОМС осуществляется в медицинских организациях Кабардино-Балкарской Республики, утвержденных тарифным соглашением, по следующим профилям:

- кардиология;
- травматология и ортопедия.

Оплата случаев оказанной высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется в размере норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденном Постановлением Правительства Российской Федерации от 28.11.2014 №1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016-2017 годов».

При оплате случаев оказанной высокотехнологичной медицинской помощи коэффициент уровня медицинской организации дополнительно не учитывается.

4. Оплата медицинских услуг по заместительной почечной терапии

4.1. В случае проведения заместительной почечной терапии методом аппаратного диализа за единицу оплаты медицинской помощи принимается сеанс (процедура) аппаратного диализа.

4.2. В случаях проведения процедуры гемодиализа во время нахождения пациента в условиях дневного стационара оплата медицинских услуг по заместительной почечной терапии осуществляется по тарифу «гемодиализ», утвержденному в рамках тарифного соглашения.

5. Оплата скорой медицинской помощи

5.1. За оказание скорой медицинской помощи оплата осуществляется:

- по подушевому нормативу финансирования на текущий год – за скорую медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями КБР гражданам, застрахованным в КБР;

- за вызов скорой медицинской помощи – за скорую медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями КБР гражданам, застрахованным за пределами КБР.