



БЕЛГОРОДСКАЯ ОБЛАСТЬ

**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ
ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

П Р И К А З

Белгород

сд марта 2020 год
«05» марта 2020 год

№ *205* / *63-ОД*

**О внесении изменений в приказ
от 31 января 2020 года №66/33-ОД
«Об утверждении Положения»**

В целях совершенствования порядка оплаты медицинской помощи, оказанной по обязательному медицинскому страхованию **п р и к а з ы в а е м:**

1. Внести изменения в «Положение о порядке оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Белгородской области» (далее – Положение), утвержденное в приложение №1 к приказу от 31 января 2020 года №66/33-ОД «Об утверждении Положения»:

1.1. Раздел 1.1. «Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторно-поликлинических условиях (без стоматологического профиля)» Положения:

– после предложения «Два обращения с разными диагнозами у одного специалиста не учитываются, и оплачивается одно из них» дополнить абзацами следующего содержания:

«Обращение по заболеванию к врачу травматологу-ортопеду должно включать не менее двух посещений в рамках одного законченного случая, при этом в талон амбулаторного больного вносятся все посещения к врачу травматологу-ортопеду выполненные в течение всего периода заболевания. Каждый законченный случай лечения учитывается как одно обращение по заболеванию.

Оплата законченного случая содержащего до 3 посещений включительно осуществляется по тарифу обращения по заболеванию (приложение № 21 к Тарифному соглашению). В случае если обращение по заболеванию к врачу травматологу-ортопеду содержит более 3 посещений, стоимость одного законченного случая рассчитывается как сумма оплат за обращение, включающее в себя 3 посещения и каждое последующее посещение, оплаченное по тарифу посещения с профилактической и иной целью.»;

– после абзаца «Лабораторные услуги, оказанные централизованными лабораториями, диагностические исследования (КТ, МРТ, УЗИ сердечно-сосудистой системы, эндоскопические исследования, молекулярно-генетические исследования, гистологические исследования с целью выявления онкологических заболеваний по направлениям медицинских организаций системы ОМС, включаются в реестры по тарифу соответствующей услуги (приложения № №27,28,29 к Тарифному соглашению) при этом обязательным условием является указание кода МО выдавшего направление и код врача, выполнившего исследование» дополнить абзацем следующего содержания:

«При проведении гистологических исследований у одного пациента одномоментно может быть взято несколько исследуемых образцов тканей (2 и более) при различных нозологиях. Количество исследуемых образцов определяется на основании клинических рекомендаций. При этом МО выдает одно направление на исследования для одного пациента. В реестры вносятся все услуги гистологических исследований взятых образцов тканей и оплачиваются каждый по тарифу соответствующей услуги (приложения №27 к Тарифному соглашению).».

1.2. Предпоследнее предложение раздела II «Алгоритм расчета стоимости медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях» Положения изложить в следующей редакции:

«При заполнении реестров на оплату медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров по медицинским абортам КСГ st02.002 и КСГ ds02.006, ds02.007 обязательно заполнять поле КСГ и добавлять услугу:

– для КСГ st02.002:

1) st02.002.1 – беременность, закончившаяся абортным исходом по медицинским показаниям;

2) st02.002.2 – беременность, закончившаяся абортным исходом.

– для КСГ ds02.006, ds02.007:

1) ds02.006.1 – искусственное прерывание беременности (аборт) по медицинским показаниям;

2) ds02.006.2 – искусственное прерывание беременности (аборт);

3) ds02.007.1 – аборт медикаментозный по медицинским показаниям;

4) ds02.007.2 – аборт медикаментозный.».

1.3. Предпоследний абзац раздела III «Алгоритм расчета стоимости медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара» Положения изложить в следующей редакции:


«Повторные случаи лечения по КСГ в ДС по поводу одного заболевания (с одним кодом МКБ-10) ранее, чем через 30 дней, кроме случаев курсового лечения заболевания, определяемого врачом, от оплаты отклоняются и могут быть оплачены только после проведения экспертиз СМО.».

2. Участникам обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) с 1 марта 2020 года руководствоваться Положением, с учетом изменений, предусмотренных пунктом 1 настоящего приказа, при расчетах за медицинскую помощь, оказанную по территориальной программе ОМС.

3. ОГКУЗ «МИАЦ» обеспечить внесение необходимых изменений в программное обеспечение «ТМ-МИС».

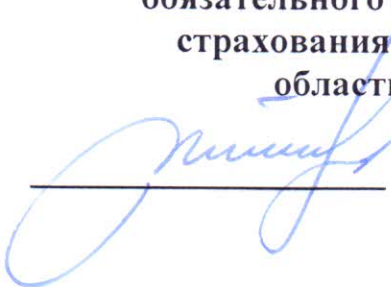
4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя начальника департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области Крылову Л.С. и заместителя директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Белгородской области Пересыпкину В.С.

**Заместитель Губернатора
Белгородской области**



Н.Н. Зубарева

**Директор
территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Белгородской
области**



И.Н. Понкратов