

Приложение 12
Тарифному соглашению по оплате
медицинской помощи по
обязательному медицинскому
страхованию на территории
Кировской области на 2015 год
от 30.01.2015

**Правила оплаты медицинской
помощи по обязательному медицинскому страхованию
на территории Кировской области**

Раздел 1 дополнен пунктами 1.2.4.1 – 1.2.4.3 (решение комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Кировской области от 30.04.2015 № 4/1). Распространяется на правоотношения, возникшие с 01.04.2015.

1. Оплата амбулаторно-поликлинической помощи

1.1. Оплате за счет средств ОМС подлежат посещения врачей и среднего медицинского персонала, ведущих самостоятельный амбулаторный прием и оказывающих медицинскую помощь по перечню заболеваний и видам медицинской помощи, входящим в Территориальную программу ОМС, а также мероприятия по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, включая проведение профилактических прививок в рамках национального календаря и по эпидемическим показаниям (при наличии заключения территориальных органов федерального органа власти по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека), профилактических осмотров и диспансерного наблюдения, в том числе здоровых детей, лиц с хроническими заболеваниями, а также профилактике абортотв.

1.2. Оплата законченного случая поликлинического обслуживания осуществляется:

1.2.1. По тарифам врачебного посещения (дифференцированного по специальностям врачей и уровням оказания медицинской помощи) и тарифам посещения среднего медицинского персонала на самостоятельном приеме, при этом стоимость законченного случая поликлинического обслуживания рассчитывается исходя из тарифа посещения и фактической кратности посещений в законченном случае в конкретной медицинской организации;

1.2.2. По тарифам законченного случая лечения на основе региональной медико-экономической модели. Медицинская помощь в соответствии с утвержденными для региональных медико-экономических моделей тарифами оплачивается при условии выполнения услуг, предусмотренных региональными медико-экономическими моделями.

1.2.3. Плановая медицинская помощь по проведению больным терминальной почечной недостаточностью, получающим постоянную специализированную медицинскую помощь методами заместительной почечной терапии, сеанса заместительной почечной терапии может быть предоставлена пациенту в период нахождения в условиях круглосуточного или дневного стационара и оплачивается по тарифам законченного случая лечения на основе региональной медико-экономической модели.

1.2.4. Оплата 1-го этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в возрасте от 0 до 17 лет, профилактических медицинских осмотров взрослого населения, диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей и предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних осуществляется дополнительно к подушевому финансированию по стоимости законченного случая на основе региональной медико-экономической модели.

1.2.4.1. Оплата первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения по тарифам региональных медико-экономических моделей осуществляется при условии выполнения не менее 85% объема услуг, для которых моделью предусмотрена частота предоставления 1, при этом доля выполненных ранее медицинских услуг должна составлять не более 15% от предусмотренного моделью объема.

1.2.4.2. При выполнении менее 85%, но более 30% услуг, для которых моделью предусмотрена частота предоставления 1, а также в случае, если доля выполненных ранее медицинских услуг превышает 15% от предусмотренного региональной медико-экономической моделью объема, оплата осуществляется в размере 50% тарифа стоимости региональной медико-экономической модели.

1.2.4.3. При выполнении 30% и менее услуг, для которых моделью предусмотрена частота предоставления 1, случай должен быть предъявлен по региональной медико-экономической модели проведения профилактического медицинского осмотра взрослого населения

1.2.5. Оплата 2-го этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, периодических медицинских осмотров несовершеннолетних осуществляется дополнительно к подушевому финансированию по тарифу посещения врача (среднего медицинского персонала) при условии отнесения медицинской организацией данного посещения к соответствующему виду диспансеризации (осмотра).

1.2.6. Расходы на проведение осмотра врачом – психиатром при проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей и предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних в стоимость по тарифам законченного случая лечения на основе региональной медико-экономической модели не включены.

Осмотр врача – психиатра оплачивается по тарифу посещения за счет межбюджетных трансфертов областного бюджета, направляемых в бюджет Кировского областного территориального фонда ОМС на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования.

1.2.7. Факт посещения должен быть зафиксирован в соответствующих первичных медицинских документах за подписью врача или среднего медицинского персонала, проводившего амбулаторный прием.

1.2.8. Посещения в течение дня больным одного и того же врача (среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием) учитываются и подлежат оплате как одно посещение.

1.2.9. Случаи оказания медицинской помощи в приемных отделениях стационаров больным без последующей госпитализации оплачиваются по тарифам посещения или на основе утвержденных для медицинских организаций региональных медико-

экономических моделей. При оплате по тарифам посещения в случае оказания медицинской помощи несколькими врачами-специалистами одновременно при одном обращении оплате подлежит одно посещение (при финансировании по тарифам посещения).

1.2.10. При отсутствии в медицинской организации врачей детских специальностей (детская онкология, детская хирургия, детская эндокринология, детская неврология и др.), случаи оказания медицинской помощи несовершеннолетним гражданам (не достигшим 18 лет) подлежат оплате по утвержденным тарифам для взрослого населения.

1.2.11. В реестр счетов не включаются и не подлежат оплате за счет средств ОМС (при финансировании по тарифам посещения):

1.2.11.1. посещения среднего медицинского персонала, не ведущего самостоятельный амбулаторный прием, в том числе посещения доврачебного кабинета;

1.2.11.2. консультации и экспертизы, проводимые клинико-экспертными комиссиями и заведующими отделениями поликлиник, врачебные консилиумы;

1.2.11.3. консультации амбулаторных больных врачами стационаров;

1.2.11.4. случаи оказания медицинской помощи на учебно-спортивных мероприятиях;

1.2.11.5. случаи оказания медицинской помощи врачами-педиатрами лицам старше 18 лет;

1.2.11.6. случаи оказания медицинской помощи застрахованным лицам, получившим повреждение здоровья вследствие тяжелых несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, признанные страховыми государственным учреждением «Кировское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации»;

1.2.11.7. медицинская помощь, оказанная военнослужащим, аттестованному составу министерств и ведомств, в которых действующим законодательством Российской Федерации предусмотрена воинская и приравненная к ней служба;

1.2.11.8. обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические в течение трудовой деятельности медицинские осмотры работающих граждан и граждан, занятых на работах с вредными и (или) опасными условиями труда;

1.2.11.9. амбулаторные посещения в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (за исключением консультаций в других медицинских организациях в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи); посещения врача поликлиники в день поступления и (или) в день выписки из стационара в пределах одной медицинской организации (за исключением посещений к врачам первичного звена и среднему медицинскому персоналу, ведущему самостоятельный прием);

Пункт 1.2.11.10 изложен в новой редакции (решение комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Кировской области от 27.02.2015 № 2/1). Распространяется на правоотношения, возникшие с 01.01.2015.

1.2.11.10. повторные посещения врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением случаев повторного обращения для оказания неотложной медицинской помощи, повторного обращения в другие медицинские организации с целью консультации, определения показаний к госпитализации, операции;

1.2.11.11. медицинские осмотры для медицинского освидетельствования на право управления автомобилями и маломерными судами, на получение разрешения на приобретение и ношение оружия;

1.2.11.12. иные медицинские осмотры, проводимые по желанию граждан, для получения справки (заключения) о состоянии здоровья, за исключением медицинских осмотров при поступлении в образовательные учреждения на очную форму обучения.

1.3. Оплата медицинской помощи в амбулаторных стоматологических учреждениях, отделениях и кабинетах.

1.3.1. Оплата производится за каждый законченный случай стоматологического обслуживания по тарифам УЕТ, в том числе при оказании стоматологической помощи во время нахождения больного на стационарном лечении.

1.3.2. Стоимость законченного случая стоматологического обслуживания рассчитывается исходя из тарифа УЕТ и фактического числа выполненных УЕТ в законченном случае в конкретной поликлинике.

2. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационаре и дневном стационаре (отделениях (палатах) дневного пребывания в стационарах больниц, в дневных стационарах поликлиник, стационарах на дому)

2.1. Оплата лечения по нозологическим формам в соответствии с их классификацией по клинко-статистическим группам производится при условии выполнения объема обследования, лечения, достижения результатов лечения.

2.2. В случае применения у пациента нескольких хирургических операций и/или специальных методов лечения и сложных медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ заболеваний, которая имеет более высокий коэффициент относительной затратноемкости.

Пункт 2.3 изложен в новой редакции (решение комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Кировской области от 27.02.2015 № 2/1). Распространяется на правоотношения, возникшие с 01.01.2015.

2.3. При отсутствии хирургических операций или применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к той или иной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ-Х. Если пациенту оказывалось оперативное лечение и затратноемкость группы, к которой был отнесен данный случай в соответствии с кодом Номенклатуры, меньше затратноемкости группы (с учетом длительности лечения), к которой его можно было отнести в соответствии с кодом МКБ-Х, оплата осуществляется по группе с наибольшим коэффициентом.

Таблица 1

Случаи госпитализации, подлежащие оплате по группе КСГ только на основании кода услуги Номенклатуры (отнесение данного случая на основании кода диагноза МКБ-Х к терапевтической группе исключается)

КСГ, к которой случай мог бы относиться на основании кода диагноза по МКБ-Х	КСГ, к которой случай должен быть отнесен на основании кода услуги по Номенклатуре
---	--

№ КСГ	Наименование КСГ по диагнозу	№ КСГ	Наименование КСГ по услуге
10007	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	10013	Операции на женских половых органах (уровень 1)
10007	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	10014	Операции на женских половых органах (уровень 2)
10008	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов	10013	Операции на женских половых органах (уровень 1)
10022	Неинфекционный энтерит и колит	10064	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
10081	Дорсопатии, спондилопатии, переломы позвоночника	10193	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)
10081	Дорсопатии, спондилопатии, переломы позвоночника	10196	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)
10143	Болезни глаза	10138	Операции на органе зрения (уровень 1)
10166	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети	10245	Операции на органах полости рта (уровень 1)
10244	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые	10245	Операции на органах полости рта (уровень 1)
10200	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера мочевых органов и мужских половых органов	10037	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1)
10226	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани	10211	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1);

2.4. Оплата прерванных случаев лечения.

Таблица 2 пункта 2.4.1 изложена в новой редакции (решение комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Кировской области от 27.02.2015 № 2/1). Распространяется на правоотношения, возникшие с 01.01.2015.

2.4.1. Для незаконченных случаев лечения, включенных в терапевтические КСГ при сверхкоротком пребывании в стационаре, дневном стационаре (преждевременная

выписка больного, летальный исход, перевод в другую медицинскую организацию) при фактической длительности госпитализации до трех дней включительно оплата производится в размере 50% от утвержденной стоимости лечения. Исключения составляют следующие случаи, по которым оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения:

Таблица 2

№ КСГ	Наименование КСГ
10020	Ангионевротический отек, анафилактический шок
10177	Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1);

Пункт 2.4.2 исключен (решение комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Кировской области от 27.02.2015 № 2/1). Распространяется на правоотношения, возникшие с 01.01.2015.

2.4.2. К сверхкоротким относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней, кроме случаев, входящих в группы, перечисленные в Таблице 3. Данные группы являются исключениями, по которым оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения:

Таблица 3

Сверхкороткие случаи госпитализации, являющиеся исключением и оплачиваемые в полном объеме независимо от длительности лечения

№ КСГ	Наименование КСГ
4	Родоразрешение
5	Кесарево сечение
8	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов
9	Беременность, закончившаяся абортивным 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
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)

2.5. Порядок оплаты при переводах пациентов из одного структурного подразделения в другое в рамках одной МО либо между МО.

2.5.1. Случаи перевода пациента в круглосуточном стационаре с одного профиля на другой в пределах одной медицинской организации, в том числе с целью проведения оперативного вмешательства, подлежат учету в соответствии с учетной формой №066/у-

02, предъявляются в реестрах и оплачиваются как один законченный случай по клинико-статистической группе заболеваний, имеющей наибольший коэффициент относительной затратоемкости.

2.5.2. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое (в том числе из круглосуточного стационара в дневной и наоборот), в случае, если это обусловлено возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-Х (кроме класса XXI Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения) и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ.

2.5.3. Отдельно предъявляются к оплате случаи перевода пациента после оказания неотложной медицинской помощи при острых сосудистых заболеваниях на койки профиля «медицинская реабилитация», в том числе в пределах одной медицинской организации.

2.5.4. Случаи лечения на койках патологии беременности (профиль акушерство и гинекология) длительностью более 5 дней с последующим переводом на койки для беременных и рожениц (профиль акушерство и гинекология) предъявляются к оплате и оплачиваются как два законченных случая, длительностью 5 дней и менее – как один законченный случай по КСГ, которая соответствует медицинской помощи, оказанной на койках для беременных и рожениц.

2.5.5. Если пациент из стационара (дневного стационара) одной медицинской организации переводится в стационар (дневной стационар) другой медицинской организации с целью диагностики или лечения, после чего возвращается для продолжения лечения в первоначальную медицинскую организацию, обе госпитализации (до и после перевода пациента) рассматриваются и оплачиваются как один законченный случай по группе КСГ, имеющей наибольший коэффициент относительной затратоемкости.

2.5.6. При оказании медицинской помощи в КОГБУЗ «Кировский областной клинический онкологический диспансер» случаи перевода пациентов из отделения хирургического профиля для дальнейшего лечения в химиотерапевтическое и/или отделение лучевой терапии предъявляются к оплате отдельными законченными случаями.

2.5.7. Случаи перевода пациента для продолжения лечения из круглосуточного стационара в дневной, и наоборот, в пределах одной медицинской организации подлежат учету и предъявляются к оплате отдельно, однако являются одним законченным случаем лечения, оплата которого производится по утвержденной для круглосуточного стационара стоимости. Случаи оказания медицинской помощи в дневном стационаре с использованием вспомогательных репродуктивных технологий подлежат оплате независимо от фактов предшествующего или последующего перевода в круглосуточный стационар.

2.6. Особенности оплаты медицинской помощи при тяжелой множественной и сочетанной травме.

2.6.1. К группе «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)» относятся травмы в 2 и более анатомических областях (голова_шея, позвоночник, грудная клетка, живот, таз, конечности – минимум 2 кода МКБ) или один диагноз множественной

травмы и травмы в нескольких областях тела + как минимум один из нижеследующих диагнозов: J95.1, J95.2, J96.0, N17, T79.4, R57.1, R57.8.

2.6.2. Распределение кодов МКБ10, которые участвуют в формировании группы «Политравма», по анатомическим областям приведено в Таблице 4. Для удобства восприятия, каждой анатомической области присвоен код (столбец «Код анатомич. области»).

Таблица 4

Код анатомич. области	Анатомическая область	Коды МКБ 10
T1	Голова, шея	S02.0, S02.1, S04.0, S05.7, S06.1, S06.2, S06.3, S06.4, S06.5, S06.6, S06.7, S07.0, S07.1, S07.8, S09.0, S11.0, S11.1, S11.2, S11.7, S15.0, S15.1, S15.2, S15.3, S15.7, S15.8, S15.9, S17.0, S17.8, S18
T2	Позвоночник	S12.0, S12.9, S13.0, S13.1, S13.3, S14.0, S14.3, S22.0, S 22.1, S23.0, S23.1, S24.0, S32.0, S32.1, S33.0, S33.1, S33.2, S33.4, S34.0, S34.3, S34.4
T3	Грудная клетка	S22.2, S22.4, S22.5, S25.0, S25.1, S25.2, S25.3, S25.4, S25.5, S25.7, S25.8, S25.9, S26.0, S27.0, S27.1, S27.2, S27.4, S27.5, S27.6, S27.8, S28.0, S28.1
T4	Живот	S35.0, S35.1, S35.2, S35.3, S35.4, S35.5, S35.7, S35.8, S35.9, S36.0, S36.1, S36.2, S36.3, S36.4, S36.5, S36.8, S36.9, S37.0, S38.1, S38.3
T5	Таз	S32.3, S32.4, S32.5, S36.6, S37.1, S37.2, S37.4, S37.5, S37.6, S37.8, S38.0, S38.1, S38.2
T6	Конечности	S42.2, S42.3, S42.4, S42.8, S45.0, S45.1, S45.2, S45.7, S45.8, S47 , S48.0, S48.1, S48.9, S52.7, S55.0, S55.1, S55.7, S55.8, S57.0, S57.8, S57.9, S58.0, S58.1, S58.9, S68.4, S71.7, S72.0, S72.1, S72.2, S72.3, S72.4, S72.7, S75.0, S75.1, S75.2, S75.7, S75.8, S77.0, S77.1, S77.2, S78.0, S78.1, S78.9, S79.7, S82.1, S82.2, S82.3, S82.7, S85.0, S85.1, S85.5, S85.7, S87.0, S87.8, S88.0, S88.1, S88.9, S95.7, S95.8, S95.9, S97.0, S97.8S98.0
T7	Множественная травма	S02.7, S12.7, S32.7, S22.1, S27.7, S29.7, S31.7, S32.7, S36.7, S39.6, S39.7, S37.7, S42.7, S49.7, T01.1, T01.8, T01.9, T02.0, T02.1, T02.2, T02.3, T02.4, T02.5, T02.6, T02.7, T02.8, T02.9, T04.0, T04.1, T04.2, T04.3, T04.4, T04.7, T04.8, T04.9, T05.0, T05.1, T05.2, T05.3, T05.4, T05.5, T05.6, T05.8, T05.9, T06.0, T06.1, T06.2, T06.3, T06.4, T06.5, T06.8, T07

Пункт 2.6.3 изложен в новой редакции (решение комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Кировской области от 31.03.2015 № 3/1). Распространяется на правоотношения, возникшие с 01.01.2015.

2.6.3. Оплата законченного случая лечения травмы двух и более анатомических областей осуществляется по клинико-статистической группе 10192 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)» при условии проведения

противошоковых мероприятий и выполнения не менее двух оперативных вмешательств, включенных в таблицу 5 пункта 2.6.5.

2.6.4. Для корректного отнесения случая с травмой к соответствующей клинико-статистической группе при травматическом шоке I степени код Т79.4 по МКБ-Х в реестрах не указывается.

Пункт 2.6.5 изложен в новой редакции (решение комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Кировской области от 27.02.2015 № 2/1). Распространяется на правоотношения, возникшие с 01.01.2015.

2.6.5. Если при тяжелой множественной и сочетанной травме не были выполнены оперативные вмешательства и осуществлен перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня, оплата осуществляется по общепринятым правилам в соответствии с кодом МКБ-10. Перечень оперативных вмешательств, которые влияют на отнесение случая к клинико-статистической группе «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)» представлен в Таблице 5.

Таблица 5

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги
A16.23.015	Пункция гематомы головного мозга
A16.23.016	Декомпрессивная трепанация
A16.23.017	Удаление гематомы головного мозга
A16.23.028	Удаление субдуральной гематомы
A16.23.005	Иссечение поврежденных костей черепа
A16.03.046	Реконструкция костей свода черепа
A16.03.035	Декомпрессивная ламинэктомия
A16.03.035.001	Декомпрессивная ламинэктомия позвонков с фиксацией
A16.03.050	Вертебротомия
A16.03.051	Корпорэктомия
A16.03.051.001	Корпорэктомия с эндопротезированием
A16.03.052.002	Корпорэктомия с реконструктивно-пластическим компонентом
A16.04.011	Спондилосинтез
A16.04.010	Артродез позвоночника
A16.09.005	Остановка кровотечения из нижних дыхательных путей
A16.09.006	Торакотомия
A16.09.006.001	Торакотомия. Ушивание легкого
A16.10.016	Ушивание поврежденного миокарда
A16.10.017	Ушивание поврежденного перикарда
A16.10.018	Открытый массаж сердца
A16.30.065	Ушивание разрыва диафрагмы
A16.30.042	Остановка внутрибрюшного кровотечения
A16.05.002	Спленэктомия

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги
A16.14.005	Наложение кровоостанавливающего шва при травме печени
A16.28.072	Цистостомия
A16.28.004	Радикальная нефрэктомия
A16.05.006	Ушивание ран и разрывов селезенки при травме
A16.03.022.002	Соединение кости титановой пластиной
A16.03.022.004	Интрамедуллярный стержневой остеосинтез
A16.03.022.006	Интрамедуллярный блокируемый остеосинтез
A16.04.001	Открытое лечение вывиха сустава
A16.30.017	Ампутация нижней конечности
A16.30.016	Ампутация верхней конечности
A16.03.033.002	Наложение наружных фиксирующих устройств с использованием компрессионно-дистракционного аппарата внешней фиксации
A16.04.021	Эндопротезирование сустава

2.6.6. По всем случаям оказания медицинской помощи, оплаченным по клинико-статистической группе «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)», проводится экспертиза качества медицинской помощи.

2.7. Медицинская помощь, оказанная в стационарах всех типов гражданам, имеющим полис ОМС, и связанная с исполнением гражданами воинской обязанности, подлежит оплате за счет средств ОМС.

Пункт 2.8 введен в действие решением комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Кировской области от 27.02.2015 №2/1. Распространяется на правоотношения, возникшие с 01.01.2015.

2.8 Стимулирующая составляющая оплаты медицинской помощи, оказанной в стационаре и дневном стационаре (отделениях (палатах) дневного пребывания в стационарах больниц, в дневных стационарах поликлиник хирургического профиля (далее – ССХП).

2.8.1. В целях совершенствования оказания медицинской помощи в отделениях хирургического профиля медицинских организаций Кировской области на основании показателей оценки деятельности МО, утвержденных распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 30.04.2013 № 477 «О порядке и условиях реализации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в отделениях хирургического профиля медицинских организаций Кировской области» (далее – распоряжение), комиссией по разработке Территориальной программы ОМС утверждается ССХП.

2.8.2. ССХП включает расходы на заработную плату, начисления на выплаты по оплате труда, направляемые в МО на выплаты стимулирующего характера специалистам, согласно Перечню должностей специалистов с высшим и средним медицинским образованием, утвержденному распоряжением.

2.8.3. Размер ССХП для МО составляет 10% от суммы принятых к оплате СМО всех случаев оперативного лечения (за исключением случаев производства абортов,

высокотехнологичной медицинской помощи) по профилям коек и перечню МО, показатели оценки деятельности которых не ниже установленных распоряжением.

2.8.4. ССХП рассчитывается ежеквартально для МО в разрезе СМО, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Кировской области, и оформляется МО отдельным счетом

3. Оплата скорой медицинской помощи

3.1. При оказании скорой медицинской помощи без выезда оплата осуществляется по тарифам посещения врача/фельдшера скорой помощи.

3.2. В случае, если услуги, предусмотренные региональной медико-экономической моделью для скорой медицинской помощи, выполнены не в полном объеме, стоимость лечения оплачивается в размере 100 % от стоимости вызова.

3.3. По региональным медико-экономическим моделям транспортировки пациентов службой скорой медицинской помощи оплата медицинской помощи осуществляется при условии транспортировки пациента за пределы обслуживаемого муниципального образования (для города Кирова) или районного центра с учетом расстояния до пункта эвакуации.

3.4. Оплата скорой специализированной (санитарно-авиационной) медицинской помощи, в дополнение к случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, оказываемым отделениями КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница» осуществляется за счет межбюджетных трансфертов областного бюджета, направляемых в бюджет Кировского областного ТФОМС на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования:

3.4.1. За готовность к оказанию скорой медицинской помощи – по подушевому нормативу;

3.4.2. по стоимости законченного случая лечения (вызов) в соответствии с медико-экономическими моделями.

3.5. Оплата скорой медицинской помощи незастрахованным по обязательному медицинскому страхованию, не идентифицированным гражданам осуществляется за счет межбюджетных трансфертов областного бюджета, направляемых в бюджет Кировского областного территориального фонда ОМС на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, по стоимости вызова.

Безрезультативные выезды скорой медицинской помощи к оплате в реестрах счетов не предъявляются.

3.6. Оплата медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным по ОМС на территории Кировской области за ее пределами и лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации на территории Кировской области, производится Кировским областным ТФОМС в порядке взаиморасчетов с другими территориальными фондами ОМС в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н.

4. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями

4.1. Средства на финансирование Территориальной программы ОМС направляются в объеме, предусмотренном законом области о бюджете Кировского областного ТФОМС на текущий финансовый год.

4.2. Оплата за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями Кировской области, осуществляется по тарифам, утвержденным Тарифным соглашением.

4.3. Оплата за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями Кировской области, осуществляется:

4.3.1. При оказании стационарной помощи – по тарифам, действующим на момент выписки больного;

4.3.2. При оказании амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощи – по тарифам, действующим на момент оказания медицинской услуги.

4.4. Оплата за оказанную медицинскую помощь производится в соответствии с перечнем видов и профилей медицинской помощи, определенных в лицензии медицинской организации.

4.5. Перечень заболеваний, виды, объемы и условия предоставления медицинской помощи, оказываемой населению за счет средств ОМС, определяются Территориальной программой ОМС.

4.6. Оплата за оказанную медицинскими организациями медицинскую помощь гражданам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, может быть уменьшена в случае обоснованного отказа территориального фонда обязательного медицинского страхования соответствующего субъекта Российской Федерации в оплате счета, выставленного Кировским областным ТФОМС за лечение вышеуказанных граждан.

4.7. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, осуществляется в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС.

4.8. Оплата медицинской помощи производится только по видам и профилям медицинской помощи, установленным решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС.

4.9. Департаментом здравоохранения Кировской области и Кировским областным ТФОМС ежемесячно проводится мониторинг выполнения установленных объемов.

4.10. В случае превышения медицинской организацией объемов стационарной медицинской помощи тарифы на оказание стационарной медицинской помощи данной медицинской организации в последующих периодах подлежат уменьшению путем применения коэффициентов корректировки тарифов по решению Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС.

Коэффициенты корректировки тарифов не применяются к тарифам на стационарную медицинскую помощь по профилям «для беременных и рожениц», «травматологический», «психиатрический», «наркологический», «туберкулезный», «венерологический», «инфекционный» в период эпидемического подъема заболеваемости, а так же при оказании медицинской помощи гражданам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, и к специализированной высокотехнологичной медицинской помощи, оплачиваемой за счет средств

межбюджетных трансфертов областного бюджета, поступающих в бюджет Кировского областного ТФОМС на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС.

4.11. В случае невыполнения установленных объемов по стационарной медицинской помощи в целом по отдельному муниципальному образованию тарифы на амбулаторно-поликлиническую помощь (посещения, адаптированный базовый норматив финансирования первичной медико-санитарной помощи), медицинских организаций, обслуживающих население данного муниципального образования увеличиваются в последующих периодах путем применения повышающих коэффициентов по решению Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС.

4.12. В случае выполнения медицинской организацией установленных Комиссией по разработке Территориальной программы ОМС объемов медицинской помощи (посещений) в размере менее 80% месячного плана (по перечню специалистов, указанных в пункте 2.2.3.1.3 тарифного соглашения) амбулаторной медицинской помощи, оплата которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования ПМСП, Комиссия по разработке Территориальной программы ОМС принимает решение об изменении (уменьшении) размера подушевого норматива финансирования ПМСП пропорционально выполнению плановых объемов медицинской помощи.

Приложение 1 к правилам оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Кировской области изложено в новой редакции (решение комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Кировской области от 27.02.2015 № 2/1). Распространяется на правоотношения, возникшие с 01.01.2015.

Приложение 1
к правилам оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Кировской области

ПОРЯДОК УЧЕТА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

1. В целях улучшения качества медицинской помощи, стандартизации медицинских услуг, унификации формирования государственных статистических отчетов медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь и осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, учет и оплата амбулаторно-поликлинической помощи производится по законченным случаям поликлинического обслуживания.

2. Случай поликлинического обслуживания включает в себя весь перечень услуг, оказываемых в медицинских организациях, по одному поводу обращения (причине, по которой пациент обратился в поликлинику) и может:

2.1. включать только диагностику, только лечение, только получение справки или сочетание различных услуг;

2.2. состоять из одного или нескольких посещений к врачу, во вспомогательные лечебные и диагностические подразделения (физиолечение, рентгенологическое исследование, ЭКГ и т.п.).

3. Учету при оказании амбулаторно-поликлинической помощи подлежат:

3.1. Посещения:

3.1.1. с профилактической и иными целями, в том числе посещения:

3.1.1.1. центров здоровья;

3.1.1.2. в связи с диспансеризацией определенных групп населения;

3.1.1.3. в связи с профилактическими, периодическими и предварительными медицинскими осмотрами в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, патронажем;

3.1.1.4. медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием на фельдшерско-акушерских пунктах;

3.1.1.5. с иными целями (разовые посещения по поводу заболевания, связанные с диагностическим обследованием, направлением на госпитализацию, в дневной стационар, получением справки, санаторно-курортной карты и других медицинских документов).

3.2. Посещения в связи с оказанием неотложной помощи.

3.2.1. Единицей объема неотложной медицинской помощи является:

3.2.1.1. посещение медицинской организации;

3.2.1.2. посещение на дому.

3.2.2. К посещениям медицинской организации при оказании неотложной медицинской помощи относятся:

3.2.2.1. посещение кабинета неотложной медицинской помощи;

3.2.2.2. оказание медицинской помощи в приемном отделении при первичном обращении без последующей госпитализации;

3.2.2.3. оказание медицинской помощи в травмпункте медицинской организации при первичном обращении по профилям: офтальмология, хирургия, травматология.

3.2.3. К посещениям на дому при оказании неотложной медицинской помощи относится оказание неотложной медицинской помощи на дому при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний.

3.3. Обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения в амбулаторных условиях у лечащего врача с кратностью не менее 2-х посещений по поводу одного заболевания.

3.4. Условные единицы трудоемкости в стоматологии.

3.5. Учет посещений при оказании неотложной помощи, с профилактической целью, обращений по поводу заболевания осуществляется на основе учетной формы № 025-12/у «Талон амбулаторного пациента» по форме согласно приложению № 3 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22.11.2004 № 255. Учету подлежат посещения (обращения) к врачу, а также среднему медицинскому персоналу, ведущему самостоятельный прием в следующих случаях:

3.5.1. при отсутствии в поликлинике (амбулатории) врача, когда средний медицинский персонал (фельдшер, акушерка) официально (по приказу главного врача) замещает его;

3.5.2. посещения фельдшера, акушерки сельских амбулаторий, участковых больниц;

3.5.3. посещения фельдшера здравпункта;

3.5.4. посещения фельдшера, акушерки ФАП;

3.5.5. посещения фельдшера в школьных учреждениях;

3.5.6. посещения акушерки смотрового кабинета;

3.5.7. посещения зубного врача и гигиениста стоматологического.

4. При проведении диспансеризации или медицинского осмотра:

4.1. 1 этап является законченным после проведения необходимого обследования и осмотров специалистов, в графе «Заключительный диагноз» талона амбулаторного пациента вносится заключение «здоров», либо подтверждение существующего хронического заболевания;

4.2. При подозрении на какое-либо заболевание проводятся дополнительные обследования и консультации (2 этап диспансеризации или профилактического осмотра);

4.3. С целью последующего оформления электронного реестра счетов в талоне амбулаторного пациента учитывается вид и этап профилактического осмотра (диспансеризации), группа здоровья и код региональной медико-экономической модели (для 1 этапа).

Приложение 2 к правилам оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Кировской области исключено (решение комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Кировской области от 27.02.2015 № 2/1). Распространяется на правоотношения, возникшие с 01.01.2015.

Приложение 2
к правилам оплаты медицинской
помощи по обязательному
медицинскому страхованию на
территории Кировской области

ПОРЯДОК УЧЕТА ПОСЕЩЕНИЙ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, ВЕДУЩЕГО САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ

1. Средний медицинский персонал (далее – СМП), ведущий самостоятельный прием и осуществляющий оказание лечебно-профилактической помощи (вместо врача):

Заведующий фельдшерско-акушерским пунктом (фельдшер, акушерка) организывает лечебно-профилактическую и санитарно-профилактическую работу в соответствии с Положением о фельдшерско-акушерском пункте (далее – ФАП), руководит работой персонала ФАП. Оказывает доврачебную медицинскую помощь населению на территории деятельности ФАП: ведет амбулаторный прием на ФАП; ведет больных на дому; оказывает первую неотложную медицинскую помощь при острых заболеваниях и несчастных случаях (ранения, кровотечения, отравления и др.). Выполняет врачебные назначения. Подготавливает больных к приему врачом на ФАП. Участвует в диспансеризации населения. Проводит профилактические прививки и диагностические пробы взрослому населению; противоэпидемические и противопаразитарные мероприятия; подворные обходы по эпидемическим показаниям с целью выявления инфекционных больных, контактных с ними лиц и подозрительных на инфекционные заболевания. Обследует в пределах своей компетенции и профессиональных прав население, устанавливает диагнозы, назначает и проводит лечение, выполняет медицинские манипуляции и профилактическую работу. Выдает больничные листы, справки и другие документы медицинского характера в установленном порядке. При отсутствии в штате ФАП других средних медицинских работников заведующий ФАП выполняет их обязанности в пределах своей компетенции;

Акушерка оказывает доврачебную медицинскую помощь беременным женщинам и гинекологическим больным, устанавливает предварительный диагноз и срок беременности. Принимает нормальные роды. Проводит диспансеризацию и патронаж беременных, родильниц, гинекологических больных с выполнением организационных и лечебных мер. Оказывает экстренную доврачебную акушерскую и гинекологическую помощь, неотложную доврачебную помощь новорожденным. Проводит санитарно-гигиеническое обучение женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортот и инфекций, передаваемых половым путем. Наблюдает за состоянием здоровья и развития детей первого года жизни;

Фельдшер осуществляет оказание лечебно-профилактической и санитарно-профилактической помощи, первой неотложной медицинской помощи при острых

заболеваниях и несчастных случаях. Диагностирует типичные случаи наиболее часто встречающихся заболеваний и назначает лечение, используя при этом современные методы терапии и профилактики заболеваний, выписывает рецепты. Оказывает доврачебную помощь, принимает нормальные роды. Организует и проводит диспансерное наблюдение за различными группами населения (дети; подростки; беременные женщины; участники и инвалиды войн; пациенты, перенесшие острые заболевания; пациенты, страдающие хроническими заболеваниями). Организует и проводит профилактические прививки детям и взрослым. Осуществляет экспертизу временной нетрудоспособности.

Зубной врач осуществляет диагностику и лечение заболеваний и поражений зубов, полости рта и челюстно-лицевой области в соответствии с профилем занимаемой должности. Проводит местную и проводниковую анестезию, осуществляет оперативное удаление зуба при ограниченных воспалительных процессах. Проводит работу по профилактике заболеваний и поражений зубов, санации полости рта у детей и взрослых.

Гигиенист стоматологический организует и проводит мероприятия, направленные на раннее выявление факторов риска возникновения стоматологических заболеваний и их профилактику.

2. Информация по посещениям СМП, ведущего самостоятельный прием, как и по посещениям врачей, учитывается в учетной форме № 025-10/у-04 «Талон амбулаторного пациента», утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.02.97 № 46 (далее – Талон).

Талон заполняется на случаи обслуживания в амбулаторно-поликлинических условиях (обращения), которые включают в себя весь перечень услуг, оказываемых в амбулаторно-поликлиническом учреждении или подразделении (на ФАП, здравпункте, в детском школьно-дошкольном отделении) по одному поводу обращения (причине, по которой пациент обратился в поликлинику).

Законченный случай поликлинического обслуживания включает в себя число посещений пациента, в результате которых повод обращения завершен. Талон закрывается только после завершения обращения.

3. Случай считается законченным:

3.1. при поводе обращения профилактическом – когда пациент прошел профилактический осмотр;

3.2. при поводе обращения лечебно-диагностическом – когда:

3.2.1. пациент вылечился или достиг ремиссии или окончил курс лечения (улучшил или ухудшил свое состояние, остался без изменения или умер);

3.2.2. получил направление в другую медицинскую организацию (в т.ч. в стационар);

3.2.3. получил консультацию по дальнейшим действиям (лечению, диагностике, образе жизни и т.п.);

3.2.4. получил рецепт, справку, выписку из медицинских документов;

3.3. при поводе обращения диспансерное наблюдение – когда пациент был осмотрен всеми необходимыми при его заболевании специалистами и сделано заключение о дальнейших действиях (продолжать лечение, изменить лечение, снять с учета и т.п.).

4. Законченный случай лечения может:

4.1. включать только диагностику, только лечение, только получение справки, рецепта, или сочетание различных услуг.

4.2. заканчиваться не только при излечении (ремиссии) пациента, но и если пациент прервал лечение и больше не появился; при направлении пациента в стационар или другое подразделение медицинской организации; при наступлении смерти пациента (случай поликлинического обслуживания предполагает и посещение пациента на дому для констатации смерти).

4.3. состоять из одного или нескольких посещений;

4.4. совпадать со сроками лечения пациента полностью (если всё лечение от начала до конца проходило в данном амбулаторном подразделении) или лишь частично (если пациент пришел после госпитализации или направляется из амбулаторно-поликлинического учреждения в другую медицинскую организацию, стационар, ФАП);

4.5. заканчиваться (с оформлением счета на оплату) и затем продолжаться с другим номером Талона в той же медицинской организации, если случай длится очень долго (например, наблюдение за беременной или лечение травмы).

5. Посещение – это контакт пациента с врачом или со средним медицинским персоналом на самостоятельном приеме в медицинской организации или при оказании медицинской помощи на дому (вместо врача) по любому поводу, связанному с оказанием медицинской помощи, включающий комплекс необходимых профилактических, лечебно-диагностических услуг с последующей записью в карте амбулаторного пациента (запись анамнеза, осмотра и динамического наблюдения, постановка диагноза и назначение лечения, проводимые во время приема процедуры или исследования) и оформлением Талона.

6. Учету в Талоне подлежат следующие посещения СМП, ведущего самостоятельный прием:

6.1. при отсутствии в поликлинике (амбулатории) врача, когда СМП (фельдшер, акушерка) официально (по приказу главного врача) замещает его;

6.2. посещения фельдшера, акушерки сельских амбулаторий, участковых больниц;

6.3. посещения фельдшера здравпункта;

6.4. посещения фельдшера, акушерки ФАП;

6.5. посещения фельдшера в школьных учреждениях;

6.6. посещения акушерки смотрового кабинета;

6.7. посещения зубного врача.

7. Работающий одновременно с врачом СМП (участковые медсестры, медсестры врача общей практики, акушерки, медсестры специализированных приемов, медсестры врачебных здравпунктов, зубные врачи); работающие без врача СМП вспомогательных подразделений (процедурных кабинетов, физиотерапевтических, ЛФК, функциональной диагностики, рентгенодиагностики, флюорографии и т.п.), СМП специализированных приемов, медсестры ФАП, амбулаторий и участковых больниц всю выполненную работу учитывают в утвержденных учетных документах. Данные объемы работы не подлежат отдельной оплате, и в Талон как самостоятельные посещения СМП не включаются.

8. Выполнение СМП функций процедурного или физиотерапевтического кабинета (например, процедуры на ФАП), т.е. осуществление только процедур, следует учитывать отдельно в соответствующих журналах и картах учета, и в Талон выполненные процедуры в качестве самостоятельных посещений СМП не включаются.

9. Если при приеме пациента СМП ФАП одновременно выполняются и процедуры, то данное посещение отражается в амбулаторной карте, в Талоне, а процедура – в журнале. Данное посещение рекомендуется классифицировать как «посещение фельдшера (акушерки) ФАП совмещенное с процедурами».

10. Акушерки смотровых кабинетов осуществляют профилактические осмотры, однако, при выявлении заболевания, пациентка направляется к врачу, и данное посещение учитывается и кодируется (в соответствии с МКБ-Х) как посещение по поводу заболевания (лечебно-диагностический повод обращения).

11. Если в течение дня СМП принимал пациента несколько раз (или осуществлял на приеме дополнительное исследование или процедуры), то все посещения в течение одного дня у данного специалиста учитываются как одно посещение (т.е. в Талоне посещение указывается один раз).

12. Профилактические осмотры детей в детских дошкольных учреждениях (далее – ДДУ), школах, профилактические осмотры населения, включаются в число посещений независимо от того, проведены ли они в стенах поликлиники (амбулатории, ФАП, здравпункта) или непосредственно в учреждениях, при наличии соответствующей записи о проведенной работе в медицинской карте амбулаторного больного (ф. № 025/у-04), истории развития ребенка (ф. № 112/у), медицинской карте ребенка (ф. № 026/у).

13. При проведении выездной работы – приема пациентов в стенах ФАП (здравпункта, школы, ДДУ, амбулаторий) врачами участковых или центральных районных (городских) больниц, амбулаторий, Талон заполняется только на посещения врачей, осуществляющих прием (в этом случае дополнительное заполнение Талонов СМП на ФАП (здравпункте, школе, ДДУ, амбулатории) не допускается).

14. Если случай обслуживания начат на ФАПе (здравпункте, в медицинском кабинете школьного или ДДУ), а затем пациент направляется к врачу поликлиники (амбулатории), то рекомендуется Талон на ФАП завершить с исходом обращения – «Направлен в амбулаторное подразделение другой медицинской организации). Врач, к которому направлен пациент, заводит новый Талон с другим номером во избежание потерь учетных форм при следовании пациента к врачу.

15. К посещениям СМП по поводу заболевания (повод обращения лечебно-диагностический или диспансерное наблюдение) относятся:

15.1. посещения, когда у обратившегося выявлено заболевание;

15.2. обращение пациента с жалобами, когда конкретное заболевание не выявлено, но пациент направлен для уточнения диагноза к другому специалисту (подозрение на заболевание);

15.3. посещения для лечения;

15.4. посещения диспансерным контингентом в период ремиссии, в том числе с целью выписки рецептов (необходимо опросить пациента, провести осмотр и сделать запись о динамическом наблюдении за ходом лечения пациента);

15.5. посещения больными в связи с оформлением на МСЭК, санаторно-курортной карты; открытие и закрытие листка нетрудоспособности, получения справки о болезни ребенка, направление на аборт по медицинским показаниям, по поводу патологии беременности, после абортов по медицинским показаниям;

15.6. активные посещения на дому больных и диспансерного контингента в период ремиссии.

15.7. в случаях, если СМП при проведении профилактического осмотра выявил заболевание, требующее дальнейших мер (уточнения диагноза, проведения лечения и т.п.).

16. К посещениям СМП с профилактической целью относятся:

16.1. посещения по поводу осмотров при поступлении в ДДУ, контингентов, подлежащих периодическим осмотрам; осмотров при решении вопроса о проведении

профилактических прививок (при условии, что во время осмотра у пациента не будет выявлено заболеваний);

16.2. посещения беременных при нормальной беременности; посещения женщин, обратившихся за направлением на медицинский аборт, применения противозачаточных средств; после медицинских абортов, проведенных в стационаре и т.д.;

16.3. патронажное посещение здоровых детей первого года жизни, подворные обходы во время вспышки инфекционных заболеваний;

16.4. если СМП при проведении профилактического осмотра только заподозрил заболевание, но диагноза не выставил и направил пациента к соответствующему специалисту для установления диагноза, посещение у СМП, проводившего осмотр, должно быть учтено как посещение с профилактической целью. Посещение же у консультирующего специалиста в случае установления диагноза должно быть учтено как посещение по поводу заболевания. Таким образом, Талон у СМП (только заподозрившего заболевание) пройдет по поводу профилактического осмотра, а у специалиста (установившего диагноз) будет заполнен другой Талон, по поводу заболевания.