



**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ»
(«ТФОМС ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ»)**

В.И. Ленина пр., д. 56а, г. Волгоград, 400005, тел. (8442) 53-27-27, факс (8442) 53-27-25
E-mail: general@volgafoms.ru. <http://www.volgafoms.ru>

ОКПО 22585604, ОГРН 1023403856123, ИНН 3445916210, КПП 344401001

10.01.2013

№ 12 – 20 – 607

Руководителям медицинских организаций

Директорам филиалов «ТФОМС Волгоградской области»

Руководителям СМО

О видах медицинской помощи на 2013 год

В связи с изменением в 2013 году способов оплаты медицинской помощи Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области» разъясняет.

1. Амбулаторно-поликлиническая помощь.

Оплата амбулаторной медицинской помощи производится по подушевому нормативу на обслуживаемое (прикрепленное) застрахованное население Волгоградской области с учетом выполнения плана-задания.

Подушевой норматив включает в себя финансовые средства, обеспечивающие собственную деятельность амбулаторной службы медицинской организации, в том числе прием участковых врачей, врачей общей практики, врачей-специалистов, среднего медицинского персонала, параклинические услуги. Счета за амбулаторную медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам по месту прикрепления, выставляются в страховые медицинские организации за выполненные единицы объема медицинской помощи по утвержденным тарифам. Оплата счетов осуществляется страховыми медицинскими организациями.

Кроме того, подушевой норматив включает в себя финансовые средства на оплату амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной прикрепленным застрахованным лицам в иных медицинских организациях (за исключением медицинских организаций, не имеющих прикрепленного населения). Счета за амбулаторную медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам вне места прикрепления, выставляются в страховые медицинские организации за выполненные единицы объема по утвержденным тарифам и оплачиваются страховыми медицинскими организациями, а также учитываются в рамках централизованного расчета.

При расчете объемов финансирования медицинских организаций, находящихся на способе оплаты по подушевому нормативу на прикрепленное население, расчеты с другими медицинскими организациями за амбулаторную медицинскую помощь, оказанную прикрепленным застрахованным лицам в этих медицинских организациях учитываются централизованно. Централизованный расчет производится Государственным учреждением «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской об-

ласти» (далее – ТФОМС) по каждой медицинской организации, имеющей прикрепленное население.

Медицинские организации, не имеющие прикрепленного населения (стоматологические поликлиники, женские консультации, кожно-венерологические диспансеры, центры здоровья и др.) выставляют счета в страховые медицинские организации. Оплата счетов производится страховыми медицинскими организациями за выполненные единицы объемов по утвержденным тарифам. Счета за амбулаторную медицинскую помощь, оказанную неприкрепленным ни к одной медицинской организации застрахованным лицам, оплачиваются страховыми медицинскими организациями по утвержденным тарифам за выполненные единицы объемов.

Расходы на амбулаторную помощь, оказываемую в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения, а также расходы на амбулаторную медицинскую помощь, оказанную неприкрепленным ни к одной медицинской организации застрахованным лицам, не учитываются в рамках централизованного расчета, т. к. они исключаются из среднеобластного подушевого норматива.

Счета за амбулаторную медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным в других регионах РФ, оплачиваются ТФОМС по утвержденным тарифам за выполненные единицы объемов в рамках межтерриториальных расчетов.

Оплата за услуги, осуществляемые между медицинскими организациями, производится в рамках взаиморасчетов.

За единицу объема медицинской помощи, в том числе неотложной, предоставляемой в амбулаторных условиях амбулаторно-поликлиническими учреждениями и другими медицинскими организациями или их соответствующими структурными подразделениями, приняты:

- врачебные посещения (профилактические, неотложные),
- посещения среднего медицинского работника фельдшерско-акушерского пункта (профилактическое, неотложное),
- обращение по поводу заболевания в амбулаторных условиях (законченный случай),
- законченный случай проведения диспансеризации отдельной группы населения,
- посещения Центра здоровья,
- лечебно-диагностические услуги (компьютерная томография, магнитно резонансная томография, гемодиализ, ангиография, коронарография),

Посещение - контакт лица, обратившегося за медицинской помощью, консультацией, получением медицинского заключения или по другому поводу, с врачом (в амбулаторно-поликлиническом учреждении (подразделении) или средним медицинским работником (на фельдшерско-акушерском пункте), а также на дому.

К посещениям с профилактической целью следует относить:

- посещения по поводу осмотров при поступлении на учебу, в дошкольные учреждения, при направлении в учреждения отдыха; осмотров контингентов, подлежащих периодическим осмотрам; осмотров населения при проведении диспансеризации, осмотров при решении вопроса о проведении профилактических прививок;
- посещения беременных при нормальной беременности, посещения женщин, обратившихся за направлением на аборт, по поводу аборт, проводимых в поликлинике, применения противозачаточных средств, после абортов без осложнений, проведенных в стационаре, и т.д.;
- патронажные посещения здоровых детей первого года жизни;
- посещения, сделанные диспансерным контингентом в период ремиссии;
- посещения в связи с оформлением санаторно-курортной карты, оформлением направлений на медико-социальную экспертизу;
- консультации по поводу заболевания (травмы, иного состояния);

- разовые посещения по поводу заболевания (травмы, иного состояния);

Если врач (средний медицинский работник, ведущий самостоятельный прием) при проведении профилактического осмотра только заподозрил заболевание, но диагноза не поставил, и направил пациента к соответствующему специалисту для установления диагноза, это посещение у специалиста, проводившего осмотр, должно быть учтено, как сделанное с профилактической целью.

Обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения заболевания (травмы, иного состояния) у специалиста одного профиля при кратности не менее двух посещений по поводу одного заболевания.

Обращение как законченный случай складывается из первичных и повторных посещений по поводу заболевания, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар.

К обращениям по поводу заболеваний (травм, иных состояний) следует относить также совокупность посещений по поводу патологии беременности, абортов, начатых и начавшихся вне лечебного учреждения, направлений на аборт по медицинским показаниям, а также посещения после произведенного искусственного аборта в случае осложнения, посещения по поводу аномалий рефракции и аккомодации (кроме обращений по поводу пресбиопии лиц в возрасте 40 лет и старше), аномалий речи, голоса и слуха.

В рамках каждого обращения по поводу заболевания (травмы, иного состояния) медицинские организации в обязательном порядке ведут учет непосредственно выполненных посещений (коды услуг – 2.3.*, указываются в счете дополнительно к коду услуги обращения).

Посещение при оказании неотложной медицинской помощи - оказание первичной доврачебной и врачебной первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях (в том числе травмах, отравлениях), обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи. Оказание неотложной медицинской помощи лицам, обратившимся с признаками неотложных состояний, может осуществляться в амбулаторных условиях или на дому при вызове медицинского работника.

Неотложная медицинская помощь может оказываться в качестве первичной доврачебной медико-санитарной помощи средними медицинскими работниками, имеющими право осуществлять самостоятельный прием пациентов, а также в качестве первичной врачебной медико-санитарной помощи врачами-специалистами.

Медицинская помощь лицам, обратившимся в медицинскую организацию с признаками неотложных состояний, оказывается безотлагательно. Неотложная медицинская помощь на дому осуществляется в течение не более 2 часов после поступления обращения пациента или иного лица об оказании неотложной медицинской помощи на дому.

Медицинские организации ведут отдельный учет посещений с профилактической целью (посещение центра здоровья, в связи с диспансеризацией определенных групп населения, диспансерным наблюдением, профилактическим осмотром, консультациями и т.п.), неотложной медицинской помощи и обращений по поводу заболеваний.

Учет обращений 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 ноября 2004 г. № 255, зарегистрированному в Министерстве юстиции Российской Федерации 14 декабря 2004 г. № 6188 (с кодировкой по пункту 16: цель посещения – 1 – заболевание).

Посещения, сделанные в течение дня пациентом к одному и тому же врачу (среднему медицинскому работнику), учитываются как одно посещение.

Тарифы обращений врача физиотерапевта, врача по лечебной физкультуре, рефлексотерапии включает расходы на проведение физиотерапевтических, рефлексотерапевтических процедур, массажа и т.д.

Консультации врача (консультативные врачебные приемы) по врачебным специальностям применяются медицинскими организациями, имеющими в своем составе консультативные (консультативно-диагностические) подразделения и учитываются как **посещения с профилактической целью**.

Для медицинских организаций, в составе которых на функциональной основе созданы **Центры здоровья**, единицей объема первичной медико-санитарной помощи является посещение:

а) впервые обратившихся граждан в отчетном году для проведения комплексного обследования – первичное посещение Центра здоровья для проведения первичного комплексного обследования;

б) обратившихся граждан для динамического наблюдения в соответствии с рекомендациями врача центра здоровья, направленным медицинской организацией по месту прикрепления; направленным медицинскими работниками образовательных учреждений; направленным врачом, ответственным за проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан из I (практически здоров) и II (риск развития заболеваний) групп состояния здоровья (далее - I и II группы состояния здоровья); направленным работодателем по заключению врача, ответственного за проведение углубленных медицинских осмотров с I и II группами состояния здоровья – посещение Центра здоровья для динамического наблюдения (дополнительного обследования).

Случаи выполнения **компьютерной, магнитно-резонансной томографии, гемодиализа, ангиографии, коронарографии проведенные амбулаторным больным** (в том числе застрахованным за пределами Волгоградской области) учитываются отдельно от амбулаторных посещений и в счет выставляются отдельными случаями.

Разъяснения по способам оплаты за проведенную диспансеризацию групп населения будут даны после введения тарифов на диспансеризацию.

При формировании реестров сведений об оказанной медицинской помощи и реестров счетов за оказание амбулаторно-поликлинической помощи используются следующие способы оплаты из справочника V010 «Классификатор способов оплаты медицинской помощи» (приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 г. №79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования»):

Единица оплаты	Код способа оплаты в соответствии со справочником	Наименование способа оплаты в соответствии со справочником
Посещение (профилактиче-	1	Посещение в поликлинике

ское, неотложное)		
Отдельная медицинская услуга	4	Лечебно-диагностическая процедура
Законченный случай проведения диспансеризации отдельной группы населения	11	Дополнительная диспансеризация
Обращение по поводу заболевания в амбулаторных условиях (законченный случай),	12	Законченный случай в поликлинике
Профильный врачебный прием при оказании медицинской помощи в приемном отделении круглосуточного стационара	22	Посещение

2. Стационарная помощь.

За единицу объемов медицинской помощи, предоставляемой в условиях круглосуточных стационаров больничными учреждениями и другими медицинскими организациями или их соответствующими структурными подразделениями, приняты:

- профильный койко-день,
- законченный случай лечения пациента на профильной койке,
- законченный случай лечения пациента на профильной койке с выполнением дорогостоящих исследований (ангиографии, коронарографии, шунтография),
- законченный случай лечения пациента на профильной койке при проведении гемодиализа,
- законченный случай лечения пациента на профильной койке при проведении комбинированной заместительной почечной терапии.

Законченный случай лечения на профильной койке круглосуточного стационара и законченный случай лечения пациента на профильной койке с выполнением дорогостоящих исследований (ангиографии, коронарографии, шунтографии), законченный случай лечения пациента на профильной койке при проведении гемодиализа, законченный случай лечения пациента на профильной койке при проведении комбинированной заместительной почечной терапии – совокупность медицинских услуг (комплекс лечебно-диагностических мероприятий) в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи по основному заболеванию, предоставленных пациенту в стационаре в регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до выписки (выпуска, перевод в другое учреждение или в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания), подтвержденного первичной медицинской документацией, и без клинического результата (смерть пациента).

Тарифы на **профильные койко-дни, законченные случаи лечения пациента на профильной койке** включают расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с утвержденными стандартами оказания медицинской помощи при лечении основного заболевания и сопутствующего, влияющего на течение основного и/или требующего постоянной поддерживающей терапии (расходы профильного отделения, приемного отделения, консультации

специалистов, в том числе и из других медицинских учреждений, оперативные пособия, в том числе выполненные малоинвазивными и эндоскопическими методами, все виды анестезии, включая наркоз, реанимацию и интенсивную терапию, лабораторные, рентгенологические исследования, компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, другие лечебно-диагностические исследования, физиотерапевтическое лечение и лечебный массаж, лечебную физкультуру, рефлексотерапию, услуги логопедов и т.д.).

Тарифы на профильные койко-дни применяются в случаях стационарного лечения продолжительностью 1-3 дня.

Тарифы законченных случаев лечения пациента на профильной койке с выполнением дорогостоящих исследований (ангиографии, коронарографии, шунтографии) применяются для учреждений второго и третьего уровня оказания медицинской помощи и включают расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с утвержденными стандартами оказания медицинской помощи при лечении основного заболевания и сопутствующего, влияющего на течение основного и/или требующего постоянной поддерживающей терапии (расходы профильного отделения, приемного отделения, консультации специалистов, в том числе и из других медицинских учреждений, оперативные пособия, в том числе выполненные лапароскопическими и (или) эндоскопическими методами, все виды анестезии, включая наркоз, реанимацию и интенсивную терапию, лабораторные, рентгенологические исследования, компьютерную томографию и магнитно-резонансную томографию, ангиографию, коронарографию, шунтографию, другие лечебно-диагностические исследования, физиотерапевтическое лечение и лечебный массаж, лечебную физкультуру, рефлексотерапию и т.д.).

Тарифы для детей на профильные койко-дни, законченные случаи лечения пациента на профильной койке, законченные случаи лечения пациента на профильной койке с выполнением дорогостоящих исследований (ангиографии, коронарографии, шунтографии), законченные случаи лечения пациента на профильной койке при проведении гемодиализа, законченные случаи лечения пациента на профильной койке при проведении комбинированной заместительной почечной терапии включают расходы, связанные с пребыванием матери или другого лица, осуществляющего уход за ребенком.

Все консультации специалистов, оказанные пациентам стационара (в том числе и в другой медицинской организации), отдельно в счетах не выставляются, так как расходы на них уже учтены в тарифах профильных койко-дней, законченных случаев лечения пациентов на профильной койке. Между медицинскими организациями оплата за консультации пациентов стационара производится по взаиморасчетам.

В случаях оказания медицинской помощи в приемном отделении и лечебных отделениях стационара больницы, не требующих госпитализации и наблюдения за состоянием здоровья пациентов (до 6 часов, после проведенных лечебно-диагностических мероприятий), единицей объема является посещение при оказании неотложной помощи и в счет выставляется профильный врачебный прием при оказании медицинской помощи в приемном отделении (коды тарифов 2.82.*).

При формировании реестров сведений об оказанной медицинской помощи и реестров счетов за оказание стационарной помощи используются следующие способы оплаты из справочника V010 «Классификатор способов оплаты медицинской помощи»:

Единица оплаты	Код способа оплаты в соответствии со справочником	Наименование способа оплаты в соответствии со справочником
Профильный койко-день	5	Койко-день в круглосуточном стационаре
Законченный случай лечения пациента на профильной койке	14	Лечение в профильном отделении стационара
Профильный врачебный прием при оказании медицинской помощи в приемном отделении круглосуточного стационара	22	Посещение

3. Стационарозамещающая помощь.

За единицу объема медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров (стационаров на дому), принят пациенто-день лечения в дневном стационаре (стационаре на дому), а единицей оплаты является законченный случай лечения пациента в профильном дневном стационаре, стационаре на дому.

Законченный случай лечения пациента в профильном дневном стационаре, стационаре на дому – совокупность медицинских услуг, предоставленных пациенту в дневном стационаре (стационаре на дому) в регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до выбытия (выпуска, перевод в круглосуточный стационар или в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания), подтвержденного первичной медицинской документацией, и без клинического результата (смерть пациента); отказ пациента от дальнейшего лечения, самовольный уход и т.д.

Тарифы на законченные случаи лечения пациента в профильном дневном стационаре включают расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с утвержденными стандартами оказания медицинской помощи при лечении основного заболевания и сопутствующего, влияющего на течение основного и/или требующего постоянной поддерживающей терапии (расходы профильного дневного стационара, консультации специалистов, оперативные пособия, в том числе выполненные малоинвазивными и эндоскопическими методами, все виды анестезии, включая наркоз, лабораторные, рентгенологические исследования (за исключением компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии), другие лечебно-диагностические исследования, физиотерапевтическое лечение и лечебный массаж, лечебную физкультуру, рефлексотерапию, услуги логопедов и т.д.).

Тариф законченных случаев лечения пациента в профильном стационаре на дому устанавливается одинаковым для всех медицинских учреждений, отдельно для взрослых и детей без разделения на уровни. Тариф включает расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с утвержденными стандартами оказания медицинской помощи при лечении ос-

нового заболевания и сопутствующего, влияющего на течение основного и/или требующего постоянной поддерживающей терапии (расходы врача – терапевта, педиатра, врача общей практики, участковой медицинской сестры, а также затраты на лечебные манипуляции и процедуры по показаниям, медикаментозную терапию, в том числе с использованием парентеральных путей введения, и обеспечение изделиями медицинского назначения).

Количество фактически оказанных дней лечения при оказании стационарозамещающей помощи для учета объемов медицинских услуг при применении способа оплаты по законченному случаю рассчитывается как разность между датой окончания лечения и датой начала лечения включая выходные дни плюс один день.

При формировании реестров сведений об оказанной медицинской помощи и реестров счетов за оказание стационарозамещающей помощи используются следующие способы оплаты из справочника V010 «Классификатор способов оплаты медицинской помощи»:

Единица оплаты	Код способа оплаты в соответствии со справочником	Наименование способа оплаты в соответствии со справочником
законченный случай лечения пациента в профильном дневном стационаре при стационаре	19	Законченный случай в дневном стационаре больничного учреждения
законченный случай лечения пациента в профильном дневном стационаре при амбулаторно-поликлиническом учреждении	20	Законченный случай в дневном стационаре АПУ
законченный случай лечения пациента в профильном стационаре на дому	21	Законченный случай в стационаре на дому

4. Стоматологическая помощь.

За единицу оплаты стоматологической помощи принята отдельная услуга.

Тарифы на стоматологическую помощь дифференцируются по видам услуг, рассчитанных на основе условных единиц трудоемкости, отдельно для взрослых и детей.

Тарифы на стоматологические услуги включают расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с утвержденными стандартами оказания медицинской помощи при лечении основного заболевания (расходы соответствующего кабинета, оперативные пособия, все виды анестезии, включая наркоз, рентгенологические исследования, другие лечебно-диагностические исследования, физиотерапевтическое лечение и лечебный массаж, и т.д.).

При формировании реестров сведений об оказанной медицинской помощи и реестров счетов за оказание стоматологической помощи используются следующие способы

оплаты из справочника V010 «Классификатор способов оплаты медицинской помощи»:

Единица оплаты	Код способ оплаты в соответствии со справочником	Наименование способа оплаты в соответствии со справочником
Отдельная медицинская услуга	4	Лечебно-диагностическая процедура

5. Скорая медицинская помощь.

Оплата скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной помощи, специализированной наркологической, психиатрической помощи), оказанной застрахованным на территории Волгоградской области производится по подушевому нормативу финансирования.

За единицу объемов скорой медицинской помощи принят вызов, выполненный врачебной или фельдшерской бригадой. Оплата вызовов скорой медицинской помощи для межтерриториальных расчетов помощи, оказанной застрахованным за пределами Волгоградской области производится по стоимости вызова, выполненного врачебной или фельдшерской бригадой (коды услуг 71.2.*).

Тарифы на вызовы подразделяются на взрослые и детские. При оплате по подушевому нормативу за скорую медицинскую помощь, оказанную застрахованным на территории Волгоградской области, для учета оказанной помощи в счет необходимо выставить коды услуг 71.1.*, имеющие «нулевой» тариф.

При формировании реестров сведений об оказанной медицинской помощи и реестров счетов за оказание скорой медицинской помощи (до внесения изменений в справочник) используется следующий способ оплаты из справочника V010 «Классификатор способов оплаты медицинской помощи»:

Единица оплаты	Код способ оплаты в соответствии со справочником	Наименование способа оплаты в соответствии со справочником
- Вызов бригады скорой медицинской помощи - Подушевой норматив	15	Стандарт скорой медицинской помощи

Тарифы на медицинские услуги, действующие на территории Волгоградской области, утверждаются в виде «**Базовых тарифов на медицинские услуги в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области**» соглашением между Министерством здравоохранения Волгоградской области, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Волгоградской области, Волгоградским региональным отделением общероссийской общественной организации «Российская медицинская ассоциация», Волгоградской областной организацией профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации и страховыми медицинскими организациями. Величина тарифа для отдельной медицинской организации рассчитывается «ТФОМС Волгоградской области» как произведение базового тарифа на индивидуальный поправочный коэффициент (отдельно для стационарной, стационарозамещающей, амбулатор-

ной и скорой помощи) с округлением результата до 1 знака после запятой. Индивидуальные поправочные коэффициенты для каждой МО также утверждаются соглашением между Министерством здравоохранения Волгоградской области, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Волгоградской области, Волгоградским региональным отделением общероссийской общественной организации «Российская медицинская ассоциация», Волгоградской областной организацией профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации и страховыми медицинскими организациями. Индивидуальные поправочные коэффициенты могут быть изменены в течение года по результатам анализа финансовой деятельности медицинской организации, который производится не реже 1 раза в квартал, и исполнения доходной части бюджета ТФОМС Волгоградской области.

При формировании счетов за оказание медицинской помощи по всем видам медицинской помощи используются тарифы, действующие на дату окончания лечения.

Распределение учреждений на уровни оказания медицинской помощи.

Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, распределяются на три уровня оказания медицинской помощи: первый, второй и третий.

Критериями отнесения к определенному уровню являются:

- уровень и категория сложности осуществляемых в медицинской организации лечебно-диагностических манипуляций и оперативных вмешательств (пособий);
 - количество развернутых профильных (специализированных) отделений стационара; к профильным (специализированным) отделениям относятся все профили отделений, за исключением следующих профилей: терапия, хирургия, неврология, травматология, акушерство, гинекология, инфекционные болезни, педиатрия;
 - участие в диагностическом и лечебном процессе сотрудников клинических кафедр Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования "Волгоградский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – ГБОУ ВПО «ВолГМУ»).
- Все вышеуказанные критерии учитываются в совокупности, при этом основными критериями являются:

- уровень и категория сложности оказываемых лечебно-диагностических мероприятий и оперативных вмешательств (пособий),
- количество развернутых профильных (специализированных) отделений.

К 3 уровню относятся медицинские организации:

- оказывающие специализированную медицинскую помощь в условиях многопрофильных или специализированных профильных стационаров;
- осуществляющие высокотехнологичные лечебно-диагностические манипуляции и оперативные вмешательства (пособия) наивысшей категории сложности.
- имеющие не менее пяти профильных (специализированных) отделений;
- являющиеся клиническими базами ГБОУ ВПО «ВолГМУ».

Ко 2 уровню относятся медицинские организации:

- осуществляющие лечебно-диагностические манипуляции и оперативные вмешательства (пособия) высокой категории сложности;

- оказывающие специализированную медицинскую помощь;
- имеющие не менее двух профильных (специализированных) отделений или являющиеся узкопрофильными специализированными медицинскими учреждениями.

К 1 уровню относятся медицинские организации:

- осуществляющие лечебно-диагностические манипуляции, а также оперативные вмешательства (пособия) уровня квалифицированной медицинской помощи по следующим профилям отделений: терапия, хирургия, неврология, травматология, акушерство, гинекология, инфекционные болезни, педиатрия.
- медицинские организации частной формы собственности, федеральные государственные учреждения здравоохранения и учреждения здравоохранения, подведомственные федеральным министерствам (службам, агентствам).

В исключительных случаях по решению Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Волгоградской области возможно изменение уровня оказания медицинской помощи медицинской организации частной формы собственности, федеральному государственному учреждению здравоохранения или учреждению здравоохранения, подведомственному федеральному министерству (службе, агентству) при условии соответствия критериям определенного уровня.

«Перечень медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь, по уровням оказания медицинской помощи» утверждается **Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Волгоградской области** (далее – **Комиссия**) и оформляется соглашением представленных в ней сторон.

Медицинские организации, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь (амбулаторно-поликлинические подразделения больнично-поликлинических объединений), в том числе в условиях дневного стационара поликлиник и в условиях стационара на дому, не распределяются по уровням оказания медицинской помощи.

Медицинские организации, оказывающие скорую медицинскую помощь, не распределяются по уровням оказания медицинской помощи.

Директор



Т.В. Самарина

