

Изменения Генерального тарифного соглашения в сфере ОМС Волгоградской области
от 29 марта 2013 года

1. После пункта 2.7. дополнить пунктом 2.8. следующего содержания с изменением нумерации последующих пунктов:

«2.8. Законченный случай лечения заболевания при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях – это оказание пациенту в одной медицинской организации стационарной специализированной медицинской помощи (в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, проведение медицинской реабилитации) от момента поступления в приемное отделение до момента выписки, включая пребывание в одном или нескольких профильных отделениях с применением определенного метода лечения (в том числе высокотехнологичного лечения, проведения реабилитационных мероприятий), оплачиваемого из средств обязательного медицинского страхования.»

Пункт 2.12. изложить в следующей редакции:

«2.12. Тарифы на оплату медицинской помощи - стоимости единиц оплаты медицинской помощи (пациенто-дня, законченного случая госпитализации, законченного случая лечения заболевания при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, законченного случая лечения в дневном стационаре, посещения, обращения, лечебно-диагностической услуги и т.п.), определяющие уровень возмещения по статьям расходов медицинских организаций по выполнению территориальной программы ОМС, как составной части Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Волгоградской области медицинской помощи.»

2. Пункт 3.1. изложить в следующей редакции:

«3.1 При реализации территориальной программы ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях;
- за единицу объема медицинской помощи: медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай), за комплексную услугу при проведении диспансеризации определенных групп населения;

при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);
- за законченный случай лечения заболевания при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях;

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

- за законченный случай лечения пациента в профильном дневном стационаре;
- за пациенто-день дневного стационара;

при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

- по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи;
- по подушевому нормативу финансирования;
- за вызов скорой медицинской помощи.»

3. Пункт 3.3. изложить в следующей редакции:

«3.3 Тарифы на оплату медицинской помощи, действующие на территории Волгоградской

области, рассматриваются и утверждаются Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Волгоградской области (далее – Комиссия) в виде «Базовых тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в стационаре», «Тарифов на законченные случаи лечения по методам высокотехнологичной медицинской помощи, на которые устанавливается норматив финансового обеспечения на единицу объема медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», «Тарифов на законченный случай проведения медицинской реабилитации при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях», «Базовых тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в дневном стационаре и стационаре на дому», «Базовых тарифов на оплату амбулаторно-поликлинической помощи» (далее – Базовый тариф амбулаторно-поликлинической помощи).

Базовые тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в стационаре определяются исходя из «Базовой ставки финансового обеспечения в стационаре» и коэффициентов относительной затратноёмкости по соответствующей КСГ.

Тарифы на законченные случаи лечения по методам высокотехнологичной медицинской помощи, на которые Правительством РФ установлены нормативы финансового обеспечения на единицу объема медицинской помощи, и тарифы на законченные случаи проведения медицинской реабилитации применяются без использования коэффициентов.

Базовые тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в дневном стационаре и стационаре на дому, определяются исходя из «Базовой ставки финансового обеспечения в дневном стационаре и стационаре на дому» и коэффициентов относительной затратноёмкости по соответствующему профилю медицинской помощи.

Базовые тарифы, Базовые тарифы амбулаторно-поликлинической помощи и Базовые ставки утверждаются Комиссией в виде соглашения между министерством здравоохранения Волгоградской области, государственным учреждением «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области» (далее – ТФОМС), Волгоградским региональным отделением общероссийской общественной организации «Российская медицинская ассоциация», Волгоградской областной организацией профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации и страховыми медицинскими организациями (далее – Тарифное соглашение).

Коэффициенты относительной затратноёмкости по условиям оказания медицинской помощи (стационар и дневной стационар, стационар на дому) утверждаются Комиссией и являются приложениями к настоящему Соглашению.

Для определения величины тарифов медицинской организации при оказании амбулаторно-поликлинической помощи применяются поправочные коэффициенты к «Базовым тарифам амбулаторно-поликлинической помощи».

Для определения величины тарифов медицинской организации при оказании медицинской помощи в стационаре применяются групповые поправочные коэффициенты к «Базовым тарифам на оплату медицинской помощи, оказанной в стационаре». Исключение составляют тарифы величина, которых не зависят от данного коэффициента: тарифы на КСГ для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП) по методам, не имеющим норматива финансирования на единицу объема оказанной медицинской помощи, утвержденных Правительством РФ, и КСГ с кодом 1109127 «Законченный случай госпитализации при тяжелой множественной и сочетанной травме (политравме)», тарифы на законченные случаи проведения медицинской реабилитации.

Для определения величины тарифов медицинской организации при оказании медицинской помощи в дневном стационаре и стационаре на дому применяются групповые поправочные коэффициенты к «Базовым тарифам на оплату медицинской помощи, оказанной в дневном стационаре и стационаре на дому». Исключение составляют тарифы на законченные случаи проведения экстракорпорального оплодотворения в условиях дневного стационара (в том числе высокотехнологичного), тарифы на проведение медицинской реабилитации в условиях дневного стационара.

Поправочные коэффициенты для медицинских организаций рассматриваются Комиссией и утверждаются Тарифным соглашением.»

4. Пункт 4.1.1. изложить в следующей редакции:

«4.1.1 За единицу оплаты медицинской помощи, предоставляемой в условиях стационара медицинскими организациями или их соответствующими структурными подразделениями приняты:

- законченный случай госпитализации, входящий в клинико-статистическую группу (далее – законченный случай госпитализации);
- законченный случай лечения заболевания при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях.

Оплате по тарифу законченного случая госпитализации подлежат все случаи госпитализации для оказания специализированной медицинской помощи (в том числе ВМП по методам, не имеющим норматива финансирования на единицу объема оказанной медицинской помощи) независимо от длительности лечения и причин выбытия из стационара.

Оплате по тарифу законченного случая лечения заболевания при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, подлежат все случаи госпитализации при проведении медицинской реабилитации, а также случаи оказания высокотехнологичной специализированной медицинской помощи по методам, на которые Правительством РФ установлены нормативы финансового обеспечения на единицу объема медицинской помощи.

Клинико-статистические группы подразделяются на терапевтические и хирургические типы согласно приложению 5 к настоящему Соглашению.»

5. Пункт 4.1.7 изложить в следующей редакции:

«4.1.7 До момента утверждения региональных нормативов на высокотехнологичную медицинскую помощь, по методам, не имеющим норматива финансирования на единицу объема оказанной медицинской помощи, утвержденных Правительством РФ, оплачиваемую за счет средств ОМС, принимаются временные тарифы КСГ по ВМП, которые при необходимости подлежат пересмотру с целью возмещения затрат на ВМП в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с утвержденными стандартами оказания высокотехнологичной медицинской помощи.»

6. После пункта 4.1.7 дополнить пунктами 4.1.8 и 4.1.9 следующего содержания:

«4.1.8 Тарифы на законченные случаи лечения по методам высокотехнологичной медицинской помощи, на которые Правительством РФ установлены нормативы финансового обеспечения на единицу объема медицинской помощи, включают расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с утвержденными стандартами оказания высокотехнологичной специализированной медицинской помощи в разрезе каждого вида ВМП (содержащего в том числе методы лечения) с учетом затрат на дорогостоящие медикаменты и материалы из расчета на курс лечения одного пациента.

4.1.9 Тарифы на законченные случаи проведения медицинской реабилитации включают расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме, обеспечивающем реабилитационный лечебно-диагностический процесс в соответствии с утвержденными стандартами и клиническими рекомендациями на медицинскую реабилитацию по определенным нозологиям.»

7. Пункты 4.2.2 и 4.2.3 изложить в следующей редакции:

«4.2.2 Тариф на профильный пациенто-день лечения (Тпд) рассчитывается как произведение базовой ставки (БСдс – объем финансового обеспечения стационарозамещающей медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (стоимость одного пациентодня в рамках средств, установленных территориальной программой ОМС на финансирование стационарозамещающей помощи)) и коэффициента относительной затратоемкости профиля (Кзтр – учитывает затратоемкость медицинской помощи, оказанной в дневном стационаре конкретного профиля, к которой отнесен случай лечения в дневном стационаре, по отношению к затратам медицинских организаций, приложение 11 к настоящему Соглашению).

Тариф на законченный случай лечения пациента в профильном дневном стационаре, стационаре на дому (Тзсдс) – рассчитывается как произведение тарифа пациентодня соответствующего профиля и средней длительности лечения на данном профиле по данным счетов МО за предыдущие годы (СДпр).

Тарифы на законченные случаи лечения пациента в профильном дневном стационаре (за

исключением стационара на дому) и профильные пациенто-дни включают расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс (для случаев проведения реабилитации – реабилитационный 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.).

4.2.3 Тариф законченного случая экстракорпорального оплодотворения в условиях дневного стационара включает в себя расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме медицинских услуг в соответствии с утвержденным стандартом оказания медицинской помощи больным, нуждающимся в экстракорпоральном оплодотворении, культивировании и внутриматочном введении эмбриона при бесплодии, а также с учетом выбранного в зависимости от клинической ситуации протокола стимуляции овуляции, в том числе в случаях, включенных в перечень высокотехнологичной медицинской помощи, оплачиваемой из средств ОМС.»

8. Пункт 6.1 изложить в следующей редакции:

«6.1 Все изменения, вносимые в тарифы на оплату медицинской помощи в сфере ОМС Волгоградской области, подлежат рассмотрению на заседании Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Волгоградской области.

ТФОМС ежеквартально проводит мониторинг объёмов зарегистрированных счетов и, при необходимости, вносит на рассмотрение Комиссии предложения об изменении Базовых тарифов, коэффициентов оплаты КСГ для группы медицинских организаций, управленческих коэффициентов для КСГ в сфере ОМС и т.п.»

9. В приложении 2:

Пункт 2.5 изложить в следующей редакции:

«2.5 Оплата высокотехнологичной медицинской помощи, предоставляемой в условиях стационаров МО или их соответствующими структурными подразделениями по методам, не имеющим нормативов финансирования на единицу объема оказанной медицинской помощи, утвержденных Правительством РФ, до утверждения региональных нормативов на ВМП производится по тарифам законченных случаев госпитализации, входящих в клинико-статистическую группу, выделенных кодами, имеющими в третьем разряде «1».»

После пункта 2.5 дополнить пунктами 2.6. и 2.7 следующего содержания:

«2.6 Оплата высокотехнологичной медицинской помощи по видам, на которые Правительством РФ установлен норматив финансового обеспечения на единицу объема медицинской помощи, производится по тарифам законченных случаев лечения заболевания при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях в разрезе методов ВМП.

2.7 Оплата медицинской реабилитации в условиях стационара производится за законченный случай.»

Абзац второй пункта 3.1 изложить в следующей редакции:

«- законченных случаев лечения пациента в профильном дневном стационаре при стационарном медицинском учреждении,»

10. Приложение 4 изложить в следующей редакции:

Порядок формирования счетов и реестров счетов для оплаты медицинской помощи в сфере
обязательного медицинского страхования Волгоградской области

Настоящий порядок формирования счетов и реестров счетов применяется всеми участниками и субъектами ОМС осуществляющими деятельность в сфере ОМС Волгоградской области.

В соответствии с «Классификатором способов оплаты медицинской помощи», разработанным Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее – ФОМС), применяются следующие способы оплаты медицинской помощи в сфере ОМС Волгоградской области:

- «4» - Лечебно-диагностическая процедура;
- «6» - Койко-день в дневном стационаре больничного учреждения
- «7» - День лечения в дневном стационаре АПУ
- «8» - День лечения в стационаре на дому
- «11» - Дополнительная диспансеризация;
- «12» - Комплексная услуга центра здоровья;
- «21» - Законченный случай в стационаре на дому;
- «24» - Вызов скорой медицинской помощи;
- «29» - За посещение в поликлинике;
- «30» - За обращение (законченный случай) в поликлинике;
- «32» - высокотехнологичная специализированная медицинская помощь;
- «33» - За законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний) в стационарных условиях;
- «34» - За законченный случай лечения заболевания при оплате медицинской помощи, оказанной в дневном стационаре;
- «41» - За посещение в связи с оказанием неотложной помощи.

Медицинская помощь, предоставляемая в условиях круглосуточных стационаров медицинских организаций или их соответствующих структурных подразделений

При оплате стационарной помощи используется следующий способ оплаты из Классификатора способов оплаты, формируемого ФОМС:

- «32» – высокотехнологичная специализированная медицинская помощь;
- «33» - За законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний) в стационарных условиях;

Медицинская помощь, в том числе неотложная, предоставляемая в
амбулаторных условиях медицинскими организациями или их соответствующими
структурными подразделениями

При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в том числе на дому и в приемных отделениях стационаров пациентам, не нуждающимся в госпитализации, используются следующие способы оплаты из Классификатора способов оплаты, формируемого ФОМС:

- «4» - Лечебно-диагностическая процедура;
- «11» - Дополнительная диспансеризация;

- «12» - Комплексная услуга центра здоровья;
- «29» - За посещение в поликлинике;
- «30» - За обращение (законченный случай) в поликлинике;
- «41» - За посещение в связи с оказанием неотложной помощи.

Способ оплаты «за посещение в связи с оказанием неотложной помощи» применяется при оказании медицинской помощи в приемном отделении стационара в случаях, не требующих госпитализации. При этом единицей объема оказанной медицинской помощи является посещение при оказании неотложной помощи и в счет должен выставляться профильный врачебный прием при оказании медицинской помощи в приемном отделении (коды услуг 2.82.***).

Медицинская помощь,
предоставляемая в условиях дневных стационаров медицинскими организациями или их
соответствующими структурными подразделениями

При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, в том числе в стационаре на дому, используются следующие способы оплаты из Классификатора способов оплаты, формируемого ФОМС:

- «4» - Лечебно-диагностическая процедура (гемодиализ);
- «6» - Койко-день в дневном стационаре больничного учреждения;
- «7» - День лечения в дневном стационаре АПУ;
- «8» - День лечения в стационаре на дому;
- «21» - Законченный случай в стационаре на дому;
- «34» - За законченный случай лечения заболевания при оплате медицинской помощи, оказанной в дневном стационаре.

Медицинская помощь, в том числе неотложная, предоставляемая в амбулаторных условиях
стоматологическими отделениями и кабинетами медицинских организаций

За единицу оплаты стоматологической помощи приняты отдельные услуги (лечебно-диагностические процедуры), рассчитанные на основе условных единиц трудоемкости (УЕТ), отдельно для взрослых и детей, при этом используется следующий способ оплаты:

- «4» - Лечебно-диагностическая процедура.

Скорая медицинская помощь

За единицу объема скорой медицинской помощи принят вызов скорой медицинской помощи, выполненный врачебной или фельдшерской бригадой.

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

Оплата скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной помощи, специализированной наркологической, психиатрической помощи), оказанной застрахованным лицам за пределами территории страхования производится по стоимости вызова, выполненного врачебной или фельдшерской бригадой.

Оплата скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной помощи, специализированной наркологической, психиатрической помощи), оказанной медицинскими

организациями, не имеющими обслуживаемого населения, производится по стоимости вызова, выполненного врачебной или фельдшерской бригадой.

Способ оплаты из Классификатора способов оплаты:

«24» - Вызов скорой медицинской помощи.

Порядок формирования счетов и реестров счетов

Отчетным периодом выставления счетов и реестров счетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам, является календарный месяц года. В счет за отчетный период включаются все случаи, завершённые в отчетном периоде.

Для учета случаев лечения в условиях стационара (круглосуточного или дневного стационара любого типа) и формирования счетов и реестров счетов в адрес страховой медицинской организации или «ТФОМС Волгоградской области» используются сведения из «Статистической карты выбывшего из стационара» (форма № 066/у-02)¹.

Для учета случаев лечения в амбулаторно-поликлинических условиях и формирования счетов и реестров счетов в адрес страховой медицинской организации или «ТФОМС Волгоградской области» используются сведения из «Талона амбулаторного пациента» (форма № 025-12/у)².

Для учета случаев оказания скорой медицинской помощи и формирования счетов и реестров счетов в адрес страховой медицинской организации или «ТФОМС Волгоградской области» используются сведения из «Карты вызова скорой медицинской помощи» (форма № 110/у)³ и Приложения к Карте вызова скорой медицинской помощи.

Медицинские организации в течение отчетного периода и первых двух (2) рабочих дней после окончания отчетного периода формируют и представляют в ТФОМС (его филиалы) Реестры сведений об оказанной медицинской помощи (далее - Реестр сведений). В Реестр сведений за отчетный период включаются случаи оказания медицинской помощи, завершённые в отчетном периоде (дата окончания лечения относится к отчетному периоду).

Реестры сведений, содержащие случаи оказания медицинской помощи отчетного месяца, представляются на регистрацию в ТФОМС (его филиалы) не ранее 11 числа отчетного месяца, то есть после окончания представления счетов за прошедший отчетный месяц.

Реестры сведений, содержащие случаи оказания медицинской помощи, завершённые в отчетном месяце, должны быть представлены в ТФОМС (его филиалы) не позднее первых 2 рабочих дней месяца, следующего за отчетным.

ТФОМС в течение 2 рабочих дней на основании регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц определяет страховую принадлежность застрахованного лица, проводит технологический контроль и направляет результаты в виде Реестров страховой принадлежности и технологического контроля в медицинскую организацию. В случае затруднения в определении территории страхования лица, которому была оказана медицинская помощь вне территории страхования, ТФОМС формирует электронный запрос в центральный сегмент единого регистра застрахованных лиц, где в течение 5 рабочих дней осуществляется проверка и формируется ответ с указанием территории страхования и действующего номера полиса застрахованного лица. ТФОМС направляет полученную из ФФОМС информацию в медицинскую организацию. На основании полученной от ТФОМС информации медицинская организация в течение 2 рабочих дней формирует счета и реестры счетов в адрес конкретных страховых медицинских организаций или ТФОМС за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования и представляет их на регистрацию в ТФОМС (его филиалы). В счета и реестры счетов

¹ Форма утверждена Приказом Минздрава России от 30.12.2002 г. № 413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации».

² Форма утверждена Приказом Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 г. N 255 "О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг"

³ Форма утверждена Приказом Минздравсоцразвития РФ от 02.12.2009 № 942 «Об утверждении статистического инструментария станции (отделения, больницы скорой медицинской помощи)»

включаются случаи, по которым не установлено ошибок в результате проведенного технологического контроля. При наличии ошибок технологического контроля по случаям Реестра сведений, представленного в течение отчетного месяца медицинская организация вправе внести необходимые изменения и представить исправленные случаи в последующих Реестрах сведений отчетного месяца в течение пяти календарных дней, но не позднее 2-х рабочих дней после окончания отчетного месяца.

Исправление ошибок в реестрах сведений, представленных на регистрацию в течение 2 рабочих дней после окончания отчетного месяца, должно осуществляться в течение 2-х рабочих дней.

Медицинские организации формируют реестры счетов на оплату медицинской помощи (медицинских услуг), оказанной застрахованным лицам, только по утвержденной форме в электронном формате и на бумажных носителях.

Счета и реестры счетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, медицинские организации представляют в отдел межтерриториальных расчетов ТФОМС не позднее десяти рабочих дней месяца, следующего за отчетным.

Случаи оказания медицинской помощи, включенные в счета и отклоненные впоследствии от оплаты по результатам проведенного страховой медицинской организацией контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, с представлением соответствующих актов, могут быть доработаны (исправлены) медицинской организацией и представлены в новом Реестре сведений в ТФОМС не позднее двадцати пяти рабочих дней от даты получения акта от страховой медицинской организации.

Структурные подразделения медицинских организаций, имеющие адрес места нахождения, отличный от головной медицинской организации и право самостоятельно формировать счета и реестры счетов за оказанную медицинскую помощь, представляют их на регистрацию в соответствующий филиал ТФОМС по месту своего прикрепления.

Медицинские организации формируют в адрес каждой (одной) страховой медицинской организации счета и реестры счетов, в которые включаются случаи оказания медицинской помощи по условиям оказания медицинской помощи (стационар, дневной стационар, поликлиника, в том числе стоматология, скорая помощь).

За отчетный период в адрес одной страховой медицинской организации может быть сформировано несколько счетов и реестров счетов.

Медицинские организации предоставляют на регистрацию в Территориальный фонд счета и реестры счетов (для последующей передачи в страховые медицинские организации) по случаям, завершаемым в отчетном периоде, с учетом срока, предусмотренного договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС между МО и СМО для предоставления счетов и реестров в СМО.

Принадлежность застрахованного лица к конкретной страховой медицинской организации определяется на дату окончания страхового случая (лечения).

При формировании счетов и реестров используются тарифы и способы оплаты, действующие на дату завершения случая оказания медицинской помощи (дату окончания лечения).

Возраст застрахованного лица для применения детского или взрослого тарифа определяется на дату начала лечения.

Случай оказания медицинской помощи новорожденному ребенку до момента государственной регистрации рождения, выставляется по полису матери (законного представителя), так как обязательное медицинское страхование детей со дня рождения до дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахована мать ребенка или его другой законный представитель.

Порядок формирования номеров счетов для всех условий оказания медицинской помощи определяется «Соглашением об информационном взаимодействии в системе ОМС Волгоградской области при ведении персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и оказанной медицинской помощи» от 09.11.2012 года.

При формировании счетов и реестров счетов медицинскими организациями применяются коды тарифов в соответствии с профилями медицинской помощи, разрешенными лицензиями на осуществление медицинской деятельности.

При формировании реестра сведений за оказанную медицинскую помощь по гемодиализу в реестр сведений подлежат выставлению все случаи выполнения гемодиализа в условиях стационара и дневного стационара (в том числе застрахованным за пределами Волгоградской области).

Случаи выполнения гемодиализа выставляются в реестре отдельными случаями.

Правила заполнения полей в разделе «Сведения о случае»

«Условия оказания медицинской помощи» – дневной стационар;

«Вид помощи» - специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь;

«Профиль» - нефрология (гемодиализ);

«Номер истории болезни» – номер истории болезни пациента;

«Результат обращения» - «Лечение продолжено»;

«Исход» - без перемен;

«Специальность» - нефрология (гемодиализ);

«Диагноз основной» - указывается основной диагноз пациента;

«Код способа оплаты» - лечебно-диагностическая процедура.

Все остальные поля реестра сведений заполняются в соответствии с утвержденным порядком.

Амбулаторная медицинская помощь

При формировании счетов медицинскими организациями используются коды врачебных приемов и обращений по тем специальностям, по которым организован прием в медицинской организации в соответствии с лицензией.

Запись в первичной медицинской документации подтверждается подписью врача и является основанием для выставления счета за врачебное посещение и обращение. Запись в первичной медицинской документации, сделанная средним медицинским работником, не может служить основанием для выставления в счет врачебного посещения.

Коды консультаций врача применяются только медицинскими организациями, имеющими в своем составе консультативные поликлиники.

Счета за работу клинико-экспертных комиссий не формируются, так как расходы на нее уже учтены в тарифах профильных посещений.

При оказании стоматологической помощи коды услуг применяются медицинскими организациями в соответствии с разрешенными лицензией профилями стоматологической помощи.

Счета формируются за медицинскую помощь, оказанную врачами-стоматологами и зубными врачами.

Счета формируются по кодам услуг, фактически оказанных пациентам.

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 с указанием конкретных дат врачебных приемов).

К амбулаторным условиям оказания медицинской помощи относятся также случаи оказания медицинской помощи в приемном отделении стационаров пациентам, не нуждающимся в госпитализации.

В случаях оказания неотложной медицинской помощи в приемном отделении пациентам, не нуждающимся в госпитализации, единицей объема медицинской помощи является - посещение неотложное (врачебный прием). Выполненный каждым специалистом врачебный прием в приемном отделении оформляется в реестрах сведений и в реестре счетов отдельным случаем.

В Реестр сведений, а в дальнейшем в Реестр счетов выставляется профильный врачебный прием (приемы). В таких ситуациях в Реестре сведений на уровне случая указывается профиль медицинской помощи из Классификатора профилей медицинской помощи (V002), а в качестве

специальности врача, указывается специальность врача, осмотревшего пациента. В сведениях об основном диагнозе указывается диагноз, установленный врачом, осмотревшим пациента. В сведениях об услугах указывается код выполненного врачебного приема (посещения неотложного) с указанием профиля медицинской помощи, соответствующего профилю на уровне случая и специальности врача, выполнившего врачебный прием (посещение неотложное), из Классификатора медицинских специальностей (V004). При этом используется код способа оплаты: «41» - За посещение в связи с оказанием неотложной помощи.

Счета за оказание компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ангиографии, коронарографии формируются медицинскими организациями за пациентов, находящихся на амбулаторном лечении.

В реестр сведений, а в последующем в реестры счетов подлежат выставлению все случаи выполнения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ангиографии, коронарографии, проведенные только амбулаторным больным (в том числе застрахованным за пределами Волгоградской области).

Для пациентов, направленных из других медицинских организаций для проведения диагностических исследований, в обязательном порядке оформляется амбулаторная карта.

Случаи выполнения вышеперечисленных медицинских услуг выставляются в реестре отдельными случаями.

В один случай могут быть объединены несколько диагностических услуг, сделанные пациенту в один день:

- компьютерная томография без контраста и компьютерная томография с контрастным усилением;

- магнитно-резонансная томография без контраста и магнитно-резонансная томография с контрастным усилением;

Правила заполнения полей в разделе «Сведения о случае»

«Условия оказания медицинской помощи» – амбулаторные;

«Вид помощи» - первичная медико-санитарная помощь;

«Код МО, направивший на лечение (диагностику)» - заполняется реестровым кодом МО (Справочник F003). Для пациентов направленных из других МО реестровым кодом МО, направившей пациента на диагностику;

«Профиль»

- рентгенология;

«Номер истории болезни/амбулаторной карты»

- для амбулаторных пациентов из другой МО – номер амбулаторной карты пациента, оформленной в МО, проводящей вышеперечисленные медицинские услуги;

- для амбулаторных пациентов своей МО – номер его амбулаторной карты;

«Результат обращения» - «Лечение продолжено»;

«Исход» - без перемен;

«Специальность»

- рентгенология (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография, коронарография);

«Диагноз основной» - указывается диагноз из направления на проведение указанной услуги;

«Код способа оплаты» - лечебно-диагностическая процедура.

Все остальные поля реестра сведений заполняются в соответствии с утвержденным порядком.

Стационарная медицинская помощь

При формировании счетов коды законченных случаев госпитализации по КСГ применяются медицинскими организациями в соответствии с основным диагнозом (заболеванием), видами работ (услуг), выполняемых в стационаре, согласно действующей лицензии.

Госпитализация больных должна проводиться в соответствии с профилем коек и «Схемой взаимосвязи перечней болезней и состояний пациентов, а также специальностей врачей и профилей отделений стационара при оказании медицинской помощи в рамках Программы».

ежегодно утверждаемой в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Волгоградской области медицинской помощи.

Все случаи оказания медицинской помощи, предоставляемой в условиях стационаров, предъявляются к оплате по тарифам законченных случаев госпитализации по КСГ.

Отнесение случая госпитализации к терапевтической и хирургической группе осуществляется на основании:

- кода основного (клинического) диагноза, который указан в «Статистической карте выбывшего из стационара» (ф. № 066/у-02), в соответствии со «Справочником соответствия кодов диагнозов кодам клинико-статистических групп стационарной медицинской помощи» (приложение 9 к настоящему Соглашению),
- кода хирургической операции в соответствии со «Справочником соответствия кодов номенклатуры медицинских услуг кодам клинико-статистических групп стационарной медицинской помощи» (приложение 10 к настоящему Соглашению).

Основной диагноз - это основное болезненное состояние, диагностированное в конце эпизода оказания медицинской помощи (при выписке), по поводу которого больному в основном проводилось лечение или исследование и на долю которого пришлась наибольшая часть использованных ресурсов.

В том случае, если при оказании медицинской помощи пациенту не выполнялось хирургическое вмешательство, оплата осуществляется по терапевтической клинико-статистической группе заболеваний. Отнесение случая лечения к той или иной терапевтической КСГ осуществляется в соответствии с кодом основного (клинического) диагноза по МКБ-10 из справочника «КСГ МКБ».

Для хирургических КСГ (код операции присутствует), осуществляется отнесение случая к хирургической группе по коду Номенклатуры основной операции на основании справочника «КСГ Номенклатура».

Если в течение одного случая госпитализации пациенту было проведено несколько операций, то данный случай предъявляется на оплату по тарифу хирургической группы КСГ, которая имеет более высокий тариф законченного случая госпитализации, при этом в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС в обязательном порядке указываются коды всех выполненных операций согласно справочника «КСГ Номенклатура».

В случае если пациенту оказывалось оперативное лечение, и тариф законченного случая госпитализации хирургической КСГ, к которой был отнесен данный случай, меньше тарифа законченного случая госпитализации терапевтической КСГ, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом по МКБ-10 основного заболевания, то оплата осуществляется по тарифу терапевтической группы, но при этом в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС в обязательном порядке указывается код выполненной операции согласно номенклатуре медицинских услуг.

При оказании медицинской помощи пациенту на койках различных профилей в счет выставляется 1 (один) законченный случай госпитализации по КСГ.

Учет объемов стационарной помощи производится по количеству случаев госпитализаций, количеству койко-дней в разрезе КСГ и профилей медицинской помощи.

Контроль объемов оказанной медицинской организацией стационарной помощи производится по количеству случаев госпитализаций.

Законченный случай реабилитации в условиях стационара – это проведение медицинской реабилитации пациенту в одной медицинской организации по одному профилю от момента поступления в приемное отделение до момента выбытия из круглосуточного стационара.

Случаи проведения медицинской реабилитации в условиях стационара оформляются в составе счетов стационара, в номере которого указывается символ «S» (латинский символ).

В целях корректного оформления случаев проведения медицинской реабилитации, оплачиваемых за законченный случай, а также обеспечения достоверности учета фактически выполненных койко-дней стационарной медицинской помощи медицинской организации

необходимо при формировании файла Реестра случаев (впоследствии – Реестров счетов) обязательно выполнять ряд условий заполнения полей разделов.

В разделе «Сведения о случае»:

- в поле «Условия оказания медицинской помощи» указывается «1» – стационарные;
- в поле «Вид помощи» указывается «31» – специализированная медицинская помощь;
- в поле «Профиль» указывается «медицинская реабилитация»;
- поле «Дата начала лечения» заполняется в соответствии с пунктом 20 «Дата поступления в приемное отделение» статистической формы 066/у-02;
- поле «Дата окончания лечения» заполняется в соответствии с пунктом 22 «Дата выписки (смерти)» статистической формы 066/у-02;
- в поле «Диагноз основной» указывается Код МКБ, соответствующий Основному заболеванию из пункта 29 «Диагноз стационара (при выписке)» статистической формы 066/у-02, по поводу которого производятся реабилитационные мероприятия, и должен соответствовать диагнозу, указанному в разделе «Сведения об услуге»;
- поле «Код МЭС» заполняется в соответствии с кодами законченных случаев реабилитации из группы 1.13.1;
- поле «Результат обращения (госпитализации)» заполняется в соответствии с пунктом 24.1 «Результат госпитализации» статистической формы 066/у-02;
- поле «Исход заболевания» заполняется в соответствии с пунктом 24 «Исход госпитализации» статистической формы 066/у-02;
- в поле «Специальность лечащего врача» указывается специальность лечащего врача, и должна соответствовать специальности медработника, указанной в разделе «Сведения об услуге»;
- в поле «Код способа оплаты медицинской помощи» указывается «32» – за законченный случай лечения заболевания при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях;
- в поле «Количество единиц оплаты медицинской помощи» указывается «1»;
- поле «Тариф» заполняется в соответствии со Справочником тарифов.

Заполнение раздела «Сведения об услуге» является обязательным.

Проведение реабилитации производится в одном профильном отделении стационара и описывается в одном разделе «Сведения об услуге».

Информация о фактическом количестве койко-дней заполняется в соответствии с пунктом 26 «Движение пациента по отделениям» статистической формы 066/у-02, при этом:

- в поле «Профиль оказанной медицинской помощи» указывается профиль медицинской помощи, соответствующий профилю отделения, в котором проводится медицинская реабилитация, на основании Номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012г. № 555н;
- поля «Дата начала оказания услуги» и «Дата окончания оказания услуги» заполняются в соответствии с Датой поступления и Датой выписки, перевода (графы 5 и 6 пункта 26 статистической формы 066/у-02);
- поле «Диагноз» заполняется в соответствии с Кодом диагноза по МКБ (графа 7 пункта 26 статистической формы 066/у-02);
- в поле «Код услуги» указывается 1.11.2 – койко-день для учета объемов проведенной медицинской реабилитации в стационаре;
- в поле «Количество оказанных услуг» проставляется количество койко-дней, рассчитанное как разность между датой окончания оказания услуги и датой начала оказания услуги;
- в поле «Тариф» указывается «0»;
- в поле «Специальность медработника, выполнившего услугу» указывается специальность лечащего врача.

Количество койко-дней в законченном случае равно количеству койко-дней, указанных в поле «Количество оказанных услуг» на уровне услуг, и должно быть равно разности между датой окончания лечения и датой начала лечения, указанными в разделе «Сведения о случае».

Информация о диагнозе и специальности медработника, указанная в разделе «Сведения о случае», должна соответствовать значениям в этих же полях из раздела «Сведения об услуге».

Остальные поля разделов заполняются в соответствии с требованиями Соглашения об информационном взаимодействии в системе ОМС Волгоградской области при ведении персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и оказанной медицинской помощи от 09.11.2012г.

Высокотехнологичная медицинская помощь

Законченный случай лечения заболевания при оказании высокотехнологичной медицинской помощи – это оказание пациенту в одной медицинской организации стационарной высокотехнологичной специализированной медицинской помощи от момента поступления в приемное отделение до момента выбытия, включая пребывание в одном или нескольких профильных отделениях с применением определенного метода высокотехнологичного специализированного лечения в соответствии с разделом II приказа МЗ РФ № 916н от 10.12.2013г. «О перечне видов высокотехнологичной медицинской помощи».

Случаи оказания высокотехнологичной медицинской помощи оформляются отдельным счетом, в номере которого указывается символ «Н» (латинский символ).

В целях корректного оформления случаев оказания высокотехнологичной специализированной стационарной помощи, оплачиваемых за законченный случай лечения заболевания, а также обеспечения достоверности учета фактически выполненных койко-дней стационарной медицинской помощи медицинской организации необходимо при формировании файла Реестра счетов обязательно выполнять ряд условий заполнения полей разделов.

В разделе «Сведения о случае»:

- в поле «Условия оказания медицинской помощи» указывается «1» – стационарные;
- в поле «Вид помощи» указывается «32» –высокотехнологичная специализированная медицинская помощь;
- поле «Вид высокотехнологичной медицинской помощи» заполняется в обязательном порядке на основании Классификатора видов ВМП V018;
- поле «Метод высокотехнологичной медицинской помощи» заполняется в обязательном порядке на основании Классификатора методов ВМП V019;
- в поле «Профиль» указывается профиль медицинской помощи, соответствующий профилю применяемого в случае метода высокотехнологичной специализированной медицинской помощи, на основании приказа МЗ РФ №916н от 10.12.2013, и должен соответствовать профилю оказанной медицинской помощи, указанному в одном из разделов «Сведения об услуге»;
- поле «Дата начала лечения» заполняется в соответствии с пунктом 20 «Дата поступления в приемное отделение» статистической формы 066/у-02;
- поле «Дата окончания лечения» заполняется в соответствии с пунктом 22 «Дата выписки (смерти)» статистической формы 066/у-02;
- в поле «Диагноз основной» указывается Код МКБ, соответствующий Основному заболеванию из пункта 29 «Диагноз стационара (при выписке)» статистической формы 066/у-02, по поводу которого производится высокотехнологичное лечение, и должен соответствовать диагнозу, указанному в одном из разделов «Сведения об услуге» (в этом же разделе «Сведения об услуге» профиль медицинской помощи должен соответствовать профилю медицинской помощи, указанному в разделе «Сведения о случае»);
- поле «Код МЭС» заполняется в соответствии с кодами законченных случаев лечения заболевания при оказании высокотехнологичной медицинской помощи из группы 1.12.*** (в соответствии со справочником тарифов);

- поле «Результат обращения (госпитализации)» заполняется в соответствии с пунктом 24.1 «Результат госпитализации» статистической формы 066/у-02;
- поле «Исход заболевания» заполняется в соответствии с пунктом 24 «Исход госпитализации» статистической формы 066/у-02;
- в поле «Специальность лечащего врача» указывается специальность лечащего врача, и должна соответствовать специальности медработника, указанной в одном из разделов «Сведения об услуге» (в этом же разделе «Сведения об услуге» профиль медицинской помощи и диагноз должны соответствовать профилю медицинской помощи и диагнозу, указанным в разделе «Сведения о случае»);
- в поле «Код способа оплаты медицинской помощи» указывается «32» – за законченный случай лечения заболевания при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях;
- в поле «Количество единиц оплаты медицинской помощи» указывается «1»;
- поле «Тариф» заполняется в соответствии со Справочником тарифов (будет предоставлен дополнительно).

Заполнение раздела «Сведения об услуге» является обязательным.

Пребывание пациента в одном профильном отделении стационара описывается в одном разделе «Сведения об услуге». Информация о проведенном оперативном вмешательстве передается также с помощью раздела «Сведения об услуге». В одном разделе «Сведения об услуге» передается информация о пребывании пациента в одном профильном отделении стационара или информация о проведенном оперативном вмешательстве.

Информация о фактическом количестве койко-дней заполняется в соответствии с пунктом 26 «Движение пациента по отделениям» статистической формы 066/у-02, при этом:

- в поле «Профиль оказанной медицинской помощи» указывается профиль медицинской помощи, соответствующий профилю применяемого в случае метода высокотехнологичной специализированной медицинской помощи, на основании приказа МЗ РФ № 916н от 10.12.2013;
- поля «Дата начала оказания услуги» и «Дата окончания оказания услуги» заполняются в соответствии с Датой поступления и Датой выписки, перевода (графы 5 и 6 пункта 26 статистической формы 066/у-02). Дата начала оказания первой услуги должна совпадать с датой начала лечения; дата начала оказания последующей услуги должна совпадать с датой окончания оказания предыдущей услуги; дата окончания последней услуги должна совпадать с датой окончания лечения;
- поле «Диагноз» заполняется в соответствии с Кодом диагноза по МКБ (графа 7 пункта 26 статистической формы 066/у-02);
- в поле «Код услуги» указывается 1.11.1 – койко-день для учета объемов оказанной помощи в стационаре;
- в поле «Количество оказанных услуг» проставляется количество койко-дней, рассчитанное как разность между датой окончания оказания услуги и датой начала оказания услуги; если дата начала и окончания оказания услуги совпадают, то количество койко-дней принимается равным единице;
- в поле «Тариф» указывается «0»;
- в поле «Специальность медработника, выполнившего услугу» указывается специальность лечащего врача.

Количество разделов «Сведения об услуге» с кодом 1.11.1 в случае госпитализации должно соответствовать количеству заполненных строк пункта 26 «Движение пациента по отделениям» статистической формы 066/у-02.

Количество койко-дней в законченном случае рассчитывается как сумма койко-дней, указанных в поле «Количество оказанных услуг» по каждой услуге, и должно быть равно разности между датой окончания лечения и датой начала лечения, указанными в разделе «Сведения о

случае» (если дата начала лечения совпадает с датой окончания лечения, то количество койко-дней в случае должно быть равно 1).

В случае проведения операции, информация о проведенных операциях (других медицинских услугах) обязательно отражается в разделе «Сведения об услуге» и заполняется в соответствии с пунктом 27 «Хирургические операции» статистической формы 066/у-02:

- в поле «Профиль оказанной медицинской помощи» указывается профиль медицинской помощи, соответствующий профилю отделения, в котором проведена операция (другая медицинская услуга), на основании Номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012г. № 555н;
- в поле «Диагноз» указывается диагноз, по поводу которого проведена операция;
- в поле «Код услуги» указывается код операции (другой медицинской услуги) А**.**.***.*** Номенклатуры медицинских услуг, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 27.12.2011г. № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» и Справочника соответствия КСГ Номенклатура, утвержденного Генеральным тарифным соглашением в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области от 29.03.2013 (графа 6 пункта 27 статистической формы 066/у-02);
- в поле «Количество оказанных услуг» указывается количество проведенных операций (других медицинских услуг);
- в поле «Тариф» указывается «0»;
- в поле «Специальность медработника, выполнившего услугу» указывается специальность врача, выполнившего операцию (другую медицинскую услугу).

Количество разделов «Сведения об услуге» с кодом А**.**.***.*** в случае госпитализации должно соответствовать количеству наименований проведенных операций (других медицинских услуг).

Информация о профиле медицинской помощи, диагнозе и специальности медработника, указанная в разделе «Сведения о случае», должна соответствовать значениям в этих же полях одного из разделов «Сведения об услуге».

Остальные поля разделов заполняются в соответствии с требованиями Соглашения об информационном взаимодействии в системе ОМС Волгоградской области при ведении персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и оказанной медицинской помощи от 09.11.2012г.

Случай ЭКО ВМП – это проведение пациенту в одной медицинской организации экстракорпорального оплодотворения в условиях дневного стационара по методу высокотехнологичного специализированного лечения, финансируемого за счет средств ОМС, в соответствии с разделом II приказа МЗ РФ №916н от 10.12.2013г. «О перечне видов высокотехнологичной медицинской помощи», включающий в себя индивидуальный подбор протокола стимуляции суперовуляции, проведение УЗ и, при необходимости, гормонального мониторинга процесса фолликулогенеза с последующей трансвагинальной пункцией фолликулов, работа с половыми клетками человека, оплодотворение ооцитов, проведение интрацитоплазматической инъекции сперматозоида в ооцит, культивирование эмбрионов in vitro, проведение вспомогательного хетчинга, перенос эмбрионов в полость матки под УЗ контролем, персональный подбор терапии посттрансферного периода при различных формах бесплодия.

Случаи ЭКО ВМП оформляются отдельным счетом, в номере которого указывается символ «Н» (латинский символ).

В целях корректного оформления случаев ЭКО ВМП, оплачиваемых за законченный случай, а также обеспечения достоверности учета фактически выполненных пациенто-дней медицинской помощи в условиях дневного стационара медицинской организации необходимо при формировании файла Реестра счетов обязательно выполнять ряд условий заполнения полей разделов.

В разделе «Сведения о случае»:

- в поле «Условия оказания медицинской помощи» указывается «2» – в дневном стационаре;
- в поле «Вид помощи» указывается «32» –высокотехнологичная специализированная медицинская помощь;
- поле «Вид высокотехнологичной медицинской помощи» заполняется в обязательном порядке на основании Классификатора видов ВМП V018;
- поле «Метод высокотехнологичной медицинской помощи» заполняется в обязательном порядке на основании Классификатора методов ВМП V019;
- в поле «Профиль» указывается профиль медицинской помощи – «акушерство и гинекология (использование вспомогательных репродуктивных технологий)» - должен соответствовать профилю оказанной медицинской помощи, указанному разделе «Сведения об услуге»;
- поле «Дата начала лечения» заполняется в соответствии с пунктом 20 «Дата поступления в приемное отделение» статистической формы 066/у-02;
- поле «Дата окончания лечения» заполняется в соответствии с пунктом 22 «Дата выписки (смерти)» статистической формы 066/у-02;
- в поле «Диагноз основной» указывается Код МКБ, соответствующий Основному заболеванию из пункта 29 «Диагноз стационара (при выписке)» статистической формы 066/у-02, по поводу которого производится ЭКО, и должен соответствовать диагнозу, указанному в разделе «Сведения об услуге»;
- поле «Код МЭС» заполняется в соответствии с кодом законченного случая проведения экстракорпорального оплодотворения (М37) высокотехнологичной медицинской помощи – 55.08.037;
- поле «Результат обращения (госпитализации)» заполняется в соответствии с пунктом 24.1 «Результат госпитализации» статистической формы 066/у-02;
- поле «Исход заболевания» заполняется в соответствии с пунктом 24 «Исход госпитализации» статистической формы 066/у-02;
- в поле «Специальность лечащего врача» указывается специальность лечащего врача, и должна соответствовать специальности медработника, указанной в разделе «Сведения об услуге»;
- в поле «Код способа оплаты медицинской помощи» указывается «34» – за законченный случай лечения заболевания при оплате медицинской помощи, оказанной в дневном стационаре;
- в поле «Количество единиц оплаты медицинской помощи» указывается «1»;
- поле «Тариф» заполняется в соответствии со Справочником тарифов (будет предоставлен дополнительно).

Заполнение раздела «Сведения об услуге» является обязательным.

Проведение ЭКО производится в одном профильном отделении дневного стационара и описывается в одном разделе «Сведения об услуге».

Информация о фактическом количестве пациенто-дней заполняется в соответствии с пунктом 26 «Движение пациента по отделениям» статистической формы 066/у-02, при этом:

- в поле «Профиль оказанной медицинской помощи» указывается «акушерство и гинекология (использование вспомогательных репродуктивных технологий)»;
- поля «Дата начала оказания услуги» и «Дата окончания оказания услуги» заполняются в соответствии с Датой поступления и Датой выписки, перевода (графы 5 и 6 пункта 26 статистической формы 066/у-02);
- поле «Диагноз» заполняется в соответствии с Кодом диагноза по МКБ (графа 7 пункта 26 статистической формы 066/у-02);
- в поле «Код услуги» указывается 55.1.5 – пациенто-день для учета фактически проведенных пациенто-дней;
- в поле «Количество оказанных услуг» указывается количество пациенто-дней, соответствующее количеству фактически проведенных пациенто-дней;
- в поле «Тариф» указывается «0»;

- в поле «Специальность медработника, выполнившего услугу» указывается специальность лечащего врача.

Количество пациенто-дней в законченном случае равно количеству пациенто-дней, указанных в поле «Количество оказанных услуг» на уровне услуг.

Остальные поля разделов заполняются в соответствии с требованиями Соглашения об информационном взаимодействии в системе ОМС Волгоградской области при ведении персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и оказанной медицинской помощи от 09.11.2012г.

Медицинская помощь, предоставляемая в условиях дневных стационаров

При формировании счетов коды законченных случаев лечения и профильных пациенто-дней применяются медицинскими организациями в соответствии с разрешенными лицензией профилями медицинской помощи, оказываемой в дневных стационарах, а также развернутыми койками (местами).

При формировании реестров счетов коды профильных пациенто-дней применяются в случаях лечения в дневном стационаре и стационаре на дому длительностью 1-4 дня, коды законченных случаев лечения пациента в профильном дневном стационаре применяются в случаях лечения в дневном стационаре длительностью пять дней и более.

При переводе больного из круглосуточного стационара в дневной стационар случай лечения больного в круглосуточном стационаре закрывается, случай лечения больного в дневном стационаре формируется с момента начала лечения в дневном стационаре.

При переводе больного с амбулаторного лечения на лечение в дневной стационар при амбулаторно-поликлинической организации счета за амбулаторное лечение и лечение в дневном стационаре формируются отдельно.

При оформлении случаев проведения медицинской реабилитации, оплачиваемых за законченный случай, а также обеспечения достоверности учета фактически выполненных пациенто-дней медицинской организации необходимо при формировании файла Реестра счетов обязательно выполнять ряд условий заполнения полей разделов.

В разделе «Сведения о случае»:

- в поле «Условия оказания медицинской помощи» указывается «2» – в дневном стационаре;
- в поле «Вид помощи» указывается «31» – специализированная медицинская помощь;
- в поле «Профиль» указывается «медицинская реабилитация»;
- поле «Дата начала лечения» заполняется в соответствии с пунктом 20 «Дата поступления в приемное отделение» статистической формы 066/у-02;
- поле «Дата окончания лечения» заполняется в соответствии с пунктом 22 «Дата выписки (смерти)» статистической формы 066/у-02;
- в поле «Диагноз основной» указывается Код МКБ, соответствующий Основному заболеванию из пункта 29 «Диагноз стационара (при выписке)» статистической формы 066/у-02, по поводу которого производятся реабилитационные мероприятия, и должен соответствовать диагнозу, указанному в разделе «Сведения об услуге»;
- поле «Код МЭС» указывается код законченного случая реабилитации в условиях дневного стационара - 55.5.34;
- поле «Результат обращения (госпитализации)» заполняется в соответствии с пунктом 24.1 «Результат госпитализации» статистической формы 066/у-02;
- поле «Исход заболевания» заполняется в соответствии с пунктом 24 «Исход госпитализации» статистической формы 066/у-02;
- в поле «Специальность лечащего врача» указывается специальность лечащего врача, и должна соответствовать специальности медработника, указанной в разделе «Сведения об услуге»;

- в поле «Код способа оплаты медицинской помощи» указывается «34» – за законченный случай лечения заболевания при оплате медицинской помощи, оказанной в дневном стационаре;
- в поле «Количество единиц оплаты медицинской помощи» указывается «1»;
- поле «Тариф» заполняется в соответствии со Справочником тарифов (будет предоставлен дополнительно).

Заполнение раздела «Сведения об услуге» является обязательным.

Проведение реабилитации производится в одном профильном отделении дневного стационара и описывается в одном разделе «Сведения об услуге».

Информация о фактическом количестве пациенто-дней заполняется в соответствии с пунктом 26 «Движение пациента по отделениям» статистической формы 066/у-02, при этом:

- в поле «Профиль оказанной медицинской помощи» указывается профиль медицинской помощи, соответствующий профилю отделения (койки), в котором проводится медицинская реабилитация, на основании Номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012г. № 555н;
- поля «Дата начала оказания услуги» и «Дата окончания оказания услуги» заполняются в соответствии с Датой поступления и Датой выписки, перевода (графы 5 и 6 пункта 26 статистической формы 066/у-02);
- поле «Диагноз» заполняется в соответствии с Кодом диагноза по МКБ (графа 7 пункта 26 статистической формы 066/у-02);
- в поле «Код услуги» указывается 55.1.4 – пациенто-день для учета объемов проведенной медицинской реабилитации в дневном стационаре;
- в поле «Количество оказанных услуг» указывается количество пациенто-дней, соответствующее количеству фактически проведенных пациенто-дней;
- в поле «Тариф» указывается «0»;
- в поле «Специальность медработника, выполнившего услугу» указывается специальность лечащего врача.

Количество пациенто-дней в законченном случае равно количеству пациенто-дней, указанных в поле «Количество оказанных услуг» на уровне услуг.

Информация о диагнозе и специальности медработника, указанная в разделе «Сведения о случае», должна соответствовать значениям в этих же полях из раздела «Сведения об услуге».

Остальные поля разделов заполняются в соответствии с требованиями Соглашения об информационном взаимодействии в системе ОМС Волгоградской области при ведении персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и оказанной медицинской помощи от 09.11.2012г.

При оформлении случаев проведения медицинской реабилитации, оплачиваемых по пациенто-дням (от 1 до 4), медицинской организации необходимо при формировании файла Реестра счетов обязательно выполнять ряд условий заполнения полей разделов.

Формирование файла Реестра Реестров счетов оформляется по общим правилам формирования по дневному стационару при оплате по пациенто-дням, за исключением заполнения поля «Профиль» на уровне случая. В данном поле следует указать – «медицинская реабилитация», а на уровне услуги - профиль отделения.

Скорая медицинская помощь

При формировании счетов и реестров счетов медицинскими организациями скорой медицинской помощи используются коды тарифов по тем профилям и специальностям, которые оказываются в медицинской организации в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности.

Медицинская помощь оказывается в следующих формах:

экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

Сведения о форме оказания скорой медицинской помощи заполняются в обязательном порядке.

Профиль, бригады оказывающей скорую медицинскую помощь, учитывается в кодах медицинских услуг (вызовов скорой медицинской помощи).

Порядок представления и регистрации счетов и реестров счетов за медицинскую помощь

Медицинские организации ведут учет услуг, оказанных застрахованным лицам, формируют и выставляют в адрес страховых медицинских организаций счета и реестры счетов в соответствии с нормативными документами Федерального фонда обязательного медицинского страхования, а за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, в адрес «ТФОМС Волгоградской области».

Лицам, застрахованным за пределами Волгоградской области, медицинская помощь предоставляется в рамках Базовой программы ОМС, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации.

Счета и реестры счетов за оказание медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Волгоградской области, все медицинские организации представляют на регистрацию в отдел межтерриториальных расчетов ТФОМС по форме утвержденной Федеральным фондом ОМС.

ТФОМС в течение 25 дней проводит экспертизу предъявленных счетов и реестров в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и оплату их, а затем выставляет счета и реестры счетов в адрес территориальных фондов других регионов Российской Федерации.

Счета и реестры счетов выставляются медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Волгоградской области.

Медицинские организации, заключившие с ТФОМС «Соглашение о защищенном информационном взаимодействии между государственным учреждением «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области» и медицинской организацией представляют реестры сведений, счета и реестры счетов по каналам связи сети «ViPNet», а счета и реестры счетов на бумажных носителях в ТФОМС или соответствующие филиалы не реже 1 раза в месяц, но не позднее 10 дня месяца следующего за отчетным. Медицинские организации не участвующие в защищенном информационном взаимодействии представляют счета и реестры счетов на съемных магнитных носителях и на бумажных носителях не реже 1 раза в неделю.

При предоставлении медицинскими организациями сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам по программе ОМС, в ТФОМС и его филиалах проводится форматно-логический контроль, идентификация страховой принадлежности застрахованного лица (установление фактического плательщика за оказанную медицинскую помощь) и технологический контроль, т.е. проверка полноты и корректности заполнения полей счетов в электронном формате. На основании проведенных действий формируются и отправляются в медицинские организации протоколы обработки реестров сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам и сведения с установленной страховой принадлежностью и результатами технологического контроля.

На основании полученных от ТФОМС сведений медицинские организации формируют счета и реестры счетов в электронном и бумажном формате и направляют их в ТФОМС для регистрации и передачи в СМО.

Все зарегистрированные счета и реестры счетов от медицинских организаций в электронном формате ежедневно, а на бумажных носителях, не реже одного раза в неделю (месяц) передаются страховым медицинским организациям, для проведения контроля объемов, сроков,

качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями в рамках программ обязательного медицинского страхования в соответствии с «Порядком организации и проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», установленным Федеральным фондом обязательного медицинского страхования для оплаты в установленном порядке.

Прием сведений об оказанной медицинской помощи, счетов и реестров счетов медицинских организаций в адрес СМО осуществляется по территориальному признаку в филиалах ТФОМС в соответствии со следующей схемой:

Волгоградский филиал ТФОМС.

К Волгоградскому филиалу относятся медицинские организации, расположенные на территории г. Волгограда, Дубовского, Городищенского, Иловлинского, Котельниковского, Октябрьского и Светлоярского муниципальных районов Волгоградской области. Счета и реестры счетов медицинских организаций, подведомственных Волгоградскому филиалу, представляются для регистрации в отдел межтерриториальных расчетов ТФОМС.

Заволжский филиал ТФОМС.

К Заволжскому филиалу относятся медицинские организации, расположенные на территории г. Волжского, Быковского, Ленинского, Николаевского, Палласовского, Старополтавского, Среднеахтубинского муниципальных районов Волгоградской области. Счета и реестры счетов данных медицинских организаций, подведомственных Заволжскому филиалу, представляются для регистрации в Заволжский филиал.

Северный филиал ТФОМС.

К Северному филиалу относятся медицинские организации, расположенные на территории г. Камышина, Жирновского, Камышинского, Котовского, Ольховского, Руднянского муниципальных районов Волгоградской области. Счета и реестры счетов медицинских организаций, подведомственных Северному филиалу, представляются для регистрации в Северный филиал.

Медведицкий филиал ТФОМС.

К Медведицкому филиалу относятся медицинские организации, расположенные на территории г. Михайловки, г. Фролово, Даниловского, Еланского, Киквидзенского, Кумылженского, Михайловского, Новоаннинского, Серафимовичского и Фроловского муниципальных районов Волгоградской области. Счета и реестры счетов медицинских организаций, подведомственных Медведицкому филиалу, представляются для регистрации в Медведицкий филиал.

Хоперский филиал ТФОМС.

К Хоперскому филиалу относятся медицинские организации, расположенные на территории г. Урюпинска, Алексеевского, Нехаевского, Новониколаевского и Урюпинского муниципальных районов Волгоградской области. Счета и реестры счетов медицинских организаций, подведомственных Хоперскому филиалу, представляются для регистрации в Хоперский филиал.

Южный филиал ТФОМС.

К Южному филиалу относятся медицинские организации, расположенные на территории Калачевского, Клетского, Суровикинского, Чернышковского муниципальных районов Волгоградской области. Счета и реестры счетов медицинских организаций, подведомственных Южному филиалу, представляются для регистрации в Южный филиал.