

Оплата медицинской помощи,  
формирование счетов и реестров счетов

Раздел I: Оплата медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования  
Волгоградской области

1.Амбулаторная помощь

Оплата амбулаторной медицинской помощи производится по тарифам обращений и посещений к врачам и фельдшерам (акушеркам), за лечебные и диагностические услуги, по подушевому нормативу на прикрепленных лиц, застрахованных в Волгоградской области, в рамках объемов амбулаторной медицинской помощи, утвержденных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС в Волгоградской области.

1.1. Оплата амбулаторной медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, застрахованных в Волгоградской области, с учетом показателей результативности деятельности МО, в том числе с включением расходов за медицинскую помощь, оказываемую прикрепившимся лицам в иных МО.

1.1.1. Общие положения

Способ оплаты амбулаторной медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, застрахованных в Волгоградской области, определен для МО, имеющих прикрепившееся население, перечень которых приведен в приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

Оплата амбулаторной медицинской помощи, оказанной МО, имеющими прикрепившееся население, лицам, застрахованным в Волгоградской области, а также оказанной лицам, застрахованным за пределами Волгоградской области, производится:

по тарифам врачебных посещений (с профилактической целью и иной целью, при оказании неотложной помощи),

по тарифам посещений фельдшера (акушерки), ведущего самостоятельный прием (с профилактической целью и иной целью, при оказании неотложной помощи),

по тарифам обращений в связи с заболеваниями к врачам (фельдшерам, акушеркам),

по тарифам за законченный случай проведения диспансеризации определенных групп населения (при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения оплате за законченный случай подлежит первый этап в случае выполнения не менее 85% от объема диспансеризации, при этом осмотры врачами специалистами и исследования выполненные ранее вне рамок диспансеризации и отказы гражданина от прохождения отдельных осмотров должны составлять не более 15%).),

по тарифам за законченный случай профилактического медицинского осмотра взрослого населения,

по тарифам за законченный случай профилактического, периодического и предварительного медицинского осмотра несовершеннолетних (состоящего из первого этапа),

по тарифам за законченный случай диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации и диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (состоящего из первого этапа),

по тарифам посещений центра здоровья,  
по тарифам лечебно-диагностических услуг (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, стоматология).

по тарифам лечебно-диагностических услуг (при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения, в случае если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем выполненных в рамках диспансеризации и учтенных осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85% и более от объема диспансеризации). Первый этап диспансеризации считается завершенным, но при этом оплате подлежат только выполненные осмотры (исследования) по тарифам медицинских услуг. Таким образом, тариф завершенного случая диспансеризации складывается из определенной Тарифным соглашением стоимости фактически выполненных лечебно-диагностических процедур,

по тарифам лечебно-диагностических услуг профилактического и предварительного медицинского осмотра несовершеннолетних, диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации и диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (состоящих из двух этапов).

Оплата за амбулаторную медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам по месту прикрепления, осуществляется страховыми медицинскими организациями за выполненное посещение, обращение или услугу, стоимость которых включает прием специалиста, врачебную манипуляцию и назначенные им обследования. Оплата за диагностические исследования (за исключением компьютерной и магнитно-резонансной томографии, услуг централизованных клинических лабораторий (клинико-диагностической, цитологической)) осуществляемые по направлению МО в другие МО, производится в виде взаиморасчетов между этими МО без выставления счетов в страховые медицинские организации.

Подушевой норматив финансирования включает в себя финансовые средства, обеспечивающие собственную деятельность амбулаторной службы МО, в том числе прием участковых врачей, врачей общей практики, врачей-специалистов, среднего медицинского персонала, параклинические услуги за исключением услуг централизованных клинических лабораторий (клинико-диагностической, цитологической, пренатального скрининга дородовой диагностики).

Кроме того, подушевой норматив финансирования включает в себя финансовые средства на оплату амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной прикрепившимся застрахованным лицам в иных МО, т.е. не по месту прикрепления.

Оплата за первичную специализированную медико-санитарную помощь, оказанную врачами-специалистами на амбулаторно-поликлиническом этапе застрахованным лицам вне места прикрепления, осуществляется страховыми медицинскими организациями за выполненное посещение, обращение или услугу по действующим тарифам.

Оплата за первичную медико-санитарную помощь, оказанную врачами участковыми терапевтами, участковыми педиатрами, врачами общей практики не прикрепившемуся к данной медицинской организации населению осуществляется страховыми медицинскими организациями только при оказании медицинской помощи при неотложных состояниях по тарифам за выполненные посещения в неотложной форме. При необходимости повторные посещения выполняются к терапевтам и педиатрами не участковым и оплачиваются по тарифам за разовое посещение по поводу заболевания. Выполненные не прикрепившемуся к данной медицинской организации населению посещения с целью проведения профилактических прививок в рамках национального календаря профилактических

прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям, с целью динамического наблюдения за состоянием развития ребенка, оплачиваются страховыми медицинскими организациями по тарифам за выполненное посещение с профилактической целью к врачу терапевту и педиатру не участковым. Проведение диспансеризации не прикрепившемуся к данной медицинской организации населению не подлежит оплате.

При расчете объемов финансирования МО по подушевому нормативу финансирования на прикрепленное население расчеты с другими МО за амбулаторную медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в этих МО (т.е. не по месту прикрепления), учитываются централизованно. При этом не учитываются расходы на оплату счетов за:

- диспансеризацию и профилактические осмотры определенных групп населения;
- стоматологическую помощь;
- дерматологическую помощь;
- акушерско-гинекологическую помощь;
- травматологическую помощь;
- консультативную помощь;
- услуги компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии;
- услуги центров здоровья;
- оказание медицинской помощи в неотложной форме в приемном покое стационара пациентам, не нуждающимся в госпитализации;
- медицинскую реабилитацию;
- медицинскую помощь по профилю «колопроктология»;
- онкологическую помощь;
- медицинскую помощь по профилю «сердечно-сосудистая хирургия»;
- услуги централизованных клинических лабораторий (клинико-диагностической, цитологической).

Определение ежемесячного объема финансирования конкретной медицинской организации, оказывающей амбулаторную медицинскую помощь и имеющей прикрепившееся население, производится ТФОМС на основании централизованного учета стоимости всей амбулаторной медицинской помощи, оказанной прикрепившимся к МО застрахованным лицам, в том числе оказанной не по месту прикрепления. При централизованном расчете учитываются численность прикрепившихся застрахованных лиц на основе акта сверки численности по договору на оказание и оплату медицинской помощи и подушевые нормативы финансирования амбулаторной медицинской помощи на прикрепившееся застрахованное население (тарифы).

Информация о ежемесячных объемах финансирования направляется ТФОМС в медицинские организации, имеющие прикрепившееся застрахованное население.

Расчеты за амбулаторную медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам другими МО не по месту прикрепления, за посещения, обращения и услуги учитываются в рамках централизованного расчета, за исключением расходов за услуги и диагностические исследования, входящие в стандарт оказания медицинской помощи, осуществляемые между МО по договорам, и оплачиваемые в рамках взаиморасчетов между МО.

1.1.2. Расчет среднего размера финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Волгоградской области в расчете на одно застрахованное лицо.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Волгоградской области в расчете на одно застрахованное лицо (ФО АМБ<sub>СР</sub>) определяется по формуле:

$$\text{ФО АМБ}_{\text{СР}} = (S_{\text{АМБ}} - S_{\text{НСЗ}}) / \text{Ч}_{\text{ЗЛ}}, \text{ где:}$$

$S_{\text{АМБ}}$  - сумма средств ОМС для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, утвержденная территориальной программой ОМС на соответствующий финансовый год (в случае поступления в бюджет ТФОМС дополнительных средств, не учтенных в территориальной программе ОМС, сумма средств ОМС для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, может быть увеличена до внесения соответствующих изменений в параметры территориальной программы ОМС на основании распоряжения директора ТФОМС);

$S_{\text{НСЗ}}$  - сумма средств ОМС, направляемая на формирование нормированного страхового запаса ТФОМС в соответствующем финансовом году. Определяется исходя из суммы средств необходимых для оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования и для других целей использования средств нормированного страхового запаса ТФОМС;

$\text{Ч}_{\text{ЗЛ}}$  - численность застрахованных в Волгоградской области лиц (определяется на основании регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц и соответствует численности застрахованных лиц, учитываемой при расчете территориальной программы ОМС на соответствующий финансовый год по состоянию на первое апреля предшествующего года).

1.1.3. Расчет среднего подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц на соответствующий финансовый год

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на соответствующий финансовый год ( $\text{ПН АМБ}_{\text{БАЗ}}$ ) определяется по формуле:

$$\text{ПН АМБ}_{\text{БАЗ}} = (\text{ФО АМБ}_{\text{СР}} \times \text{Ч}_{\text{ЗЛ}} - S_{\text{ДИСП}} - S_{\text{СТОМАТ}} - S_{\text{ДЕРМ}} - S_{\text{ГИН}} - S_{\text{ТР}} - S_{\text{КОНС}} - S_{\text{ТОМ}} - S_{\text{ЦЗ}} - S_{\text{ППОК}} - S_{\text{РЕАБ}} - S_{\text{К}} - S_{\text{ОНКО}} - S_{\text{ССХ}} - S_{\text{ЦДЛ}}) / \text{Ч}_{\text{ЗЛ}}, \text{ где:}$$

$S_{\text{ДИСП}}$  - сумма средств ОМС, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Волгоградской области лицам за все виды диспансеризации и профилактические осмотры отдельных категорий граждан, включенные в территориальную программу ОМС на соответствующий финансовый год;

$S_{\text{СТОМАТ}}$  - сумма средств ОМС, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Волгоградской области лицам за стоматологическую помощь, включенную в территориальную программу ОМС на соответствующий финансовый год;

$S_{\text{ДЕРМ}}$  - сумма средств ОМС, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Волгоградской области лицам за дерматологическую помощь, включенную в территориальную программу ОМС на соответствующий финансовый год;

$S_{\text{ГИН}}$  - сумма средств ОМС, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Волгоградской области лицам за акушерско-гинекологическую помощь, включенную в территориальную программу ОМС на соответствующий финансовый год;

$S_{\text{ТР}}$  - сумма средств ОМС, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи,

застрахованным в Волгоградской области лицам за травматологическую помощь, включенную в территориальную программу ОМС на соответствующий финансовый год;

$S_{\text{конс}}$  - сумма средств ОМС, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Волгоградской области лицам за консультативную помощь, включенную в территориальную программу ОМС на соответствующий финансовый год;

$S_{\text{том}}$  - сумма средств ОМС, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Волгоградской области лицам за услуги компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии, включенные в территориальную программу ОМС на соответствующий финансовый год;

$S_{\text{цз}}$  - сумма средств ОМС, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Волгоградской области лицам за услуги центров здоровья, включенные в территориальную программу ОМС на соответствующий финансовый год;

$S_{\text{ппок}}$  - сумма средств ОМС, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Волгоградской области лицам за медицинскую помощь в неотложной форме, оказанную в приёмном покое стационара пациентам, не нуждающимся в госпитализации;

$S_{\text{реаб}}$  - сумма средств ОМС, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Волгоградской области лицам за медицинскую реабилитацию, включенную в территориальную программу ОМС на соответствующий финансовый год;

$S_{\text{к}}$  - сумма средств ОМС, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Волгоградской области лицам за колопроктологию, включенную в территориальную программу ОМС на соответствующий финансовый год;

$S_{\text{онко}}$  - сумма средств ОМС, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Волгоградской области лицам за онкологическую помощь, включенную в территориальную программу ОМС на соответствующий финансовый год;

$S_{\text{сsx}}$  - сумма средств ОМС, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Волгоградской области лицам за сердечно-сосудистую хирургию, включенную в территориальную программу ОМС на соответствующий финансовый год;

$S_{\text{цдл}}$  - сумма средств ОМС, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Волгоградской области лицам за услуги централизованной диагностической лаборатории, включенные в территориальную программу ОМС на соответствующий финансовый год.

Суммы средств ОМС, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Волгоградской области лицам за все виды диспансеризации и профилактические осмотры отдельных категорий граждан, стоматологическую помощь, дерматологическую помощь, акушерско-гинекологическую помощь, травматологическую помощь, консультативную помощь, услуги компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии, услуги центров здоровья; медицинскую помощь в неотложной форме, оказанную в приёмном покое стационара пациентам, не нуждающимся в госпитализации, медицинскую реабилитацию, колопроктологию, онкологическую помощь, сердечно-сосудистую хирургию на соответствующий финансовый год утверждаются Комиссией по разработке

территориальной программы ОМС в Волгоградской области.

1.1.4. Расчет среднего подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц на соответствующий  $i$ -й расчетный месяц.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на соответствующий  $i$ -й расчетный месяц ( $ПН\ AMB_{BAZi}$ ) определяется по формуле:

$$ПН\ AMB_{BAZi} = ПН\ AMB_{BAZ} / 12 - (S_{H3Li} + S_{ПOTi}) / Ч_{ЗЛ}, \text{ где:}$$

$S_{H3Li}$  - сумма средств ОМС, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Волгоградской области лицам, не прикрепившимся ни к одной МО Волгоградской области за  $i$ -й расчетный месяц (определяются на основании данных реестров счетов за  $i$ -й расчетный месяц);

$S_{ПOTi}$  - сумма средств ОМС, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Волгоградской области лицам не по месту прикрепления за  $i$ -й расчетный месяц (определяются на основании данных реестров счетов за  $i$ -й расчетный месяц).

1.1.5. Расчет дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц

1.1.5.1. Дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для однородных групп медицинских организаций на  $i$ -й расчетный месяц определяется ТФОМС в рамках централизованного расчета по формуле:

$$ДПН_{in} = ПН\ AMB_{BAZi} \times СКД_{ИНТn}, \text{ где:}$$

$ДПН_{in}$  - дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на прикрепившееся застрахованное население на  $i$ -й расчетный месяц для  $n$ -й группы медицинских организаций;

$СКД_{ИНТn}$  – средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для  $n$ -й группы медицинских организаций.

1.1.5.2. Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива ( $КД_{ИНТ}$ ) определяется для каждой медицинской организации по формуле:

$$КД_{ИНТ} = КД_{ПВ} \times КД_{ЗП}, \text{ где:}$$

$КД_{ПВ}$  - половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации;

$КД_{ЗП}$  - коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения Волгоградской области.

Объединение медицинских организаций в однородные группы осуществляется исходя из значений интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива.

Полученные значения интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива ранжируются от максимального до минимального значения и объединяются в

однородные группы с последующим расчетом средневзвешенного значения данного коэффициента для каждой n-й группы медицинских организаций (СКД<sub>ИНТn</sub>).

Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива может пересматриваться один раз в квартал в связи с реорганизацией медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и финансируемых по подушевому нормативу. До утверждения скорректированных интегрированных коэффициентов дифференциации подушевого норматива по реорганизованной медицинской организации используются установленный ранее интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива. При коррекции учитывается сумма средств направленных на финансовое обеспечение до момента реорганизации медицинских организаций, а также показатели финансового обеспечения на соответствующий финансовый год по указанным медицинским организациям в соответствии с утвержденными планами финансово-хозяйственной деятельности.

1.1.5.3. Расчет половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива.

Среднеобластные коэффициенты половозрастных затрат определяются по каждой половозрастной группе лиц на основании данных о затратах на оплату амбулаторной медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период (год, полугодие, квартал), но не реже одного раза в год, и о численности застрахованных лиц за данный период.

Для этого все лица, застрахованные в Волгоградской области в расчетном периоде, распределяются на следующие восемь половозрастных групп:

Номер группы	Наименование группы
1	ноль - четыре года мужчины
2	ноль - четыре года женщины
3	пять - семнадцать лет мужчины
4	пять - семнадцать лет женщины
5	восемнадцать - пятьдесят девять лет мужчины
6	восемнадцать - пятьдесят четыре года женщины
7	шестьдесят лет и старше мужчины
8	пятьдесят пять лет и старше женщины

Численность каждой группы застрахованных лиц определяется на основании сведений регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц на первое число первого месяца расчетного периода.

Затраты на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам по каждой половозрастной группе, определяются на основании данных реестров счетов по амбулаторной помощи за расчетный период.

Для этого определяется норматив затрат на одно застрахованное лицо (Р) в Волгоградской области (без учета возраста и пола) по формуле:

$$P = Z / M / Ч, \text{ где:}$$

З - затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам за расчетный период;

М - количество месяцев в расчетном периоде;

Ч - численность застрахованных лиц на территории Волгоградской области.

Определяются нормативы затрат на одно застрахованное лицо, попадающее в j-ю половозрастную группу ( $P_j$ ), по формуле:

$$P_j = Z_j / M / Ч_j, \text{ где:}$$

$Z_j$  - затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам, попадающим в j-ю половозрастную группу за расчетный период;

М - количество месяцев в расчетном периоде;

$Ч_j$  - численность застрахованных лиц Волгоградской области, попадающих в j-ю половозрастную группу.

Рассчитываются среднеобластные коэффициенты половозрастных затрат  $K_{пвз_j}$  для каждой половозрастной группы по формуле:

$$K_{пвз_j} = P_j / P$$

Среднеобластные коэффициенты половозрастных затрат утверждаются Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Волгоградской области.

Половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива для соответствующей медицинской организации ( $KДпв_{МО}$ ) рассчитывается по формуле:

$$KДпв_{МО} = (K_{пвз_1} \times Ч_{зл_1} + K_{пвз_1} + Ч_{зл_1} + \dots + K_{пвз_j} \times Ч_{зл_j}) / Ч_{зл_{ПР}}, \text{ где:}$$

$K_{пвз_1}, K_{пвз_2}, \dots, K_{пвз_j}$  - среднеобластные коэффициенты половозрастных затрат по каждой половозрастной группы в соответствии с прикрепившимися к медицинской организации застрахованными лицами;

$Ч_{зл_1}, Ч_{зл_2}, \dots, Ч_{зл_j}$  - численность прикрепившихся к медицинской организации застрахованных лиц по соответствующим половозрастным группам;

$Ч_{зл_{ПР}}$  - общая численность застрахованных лиц, прикрепившихся к данной медицинской организации.

1.1.5.4. Определение коэффициента дифференциации, учитывающего достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения Волгоградской области.

Коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения Волгоградской области ( $KД_{ЗП}$ ) используется для увеличения финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и сохранения достигнутого уровня заработной платы медицинских работников.

1.1.6. Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинских организаций



При оплате медицинской помощи 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 в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу учитывается доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности.

1.1.6.1. Предварительный размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу ( $ОС_{ПНi}$ ) на расчетный  $i$ -й месяц определяется по формуле:

$$ОС_{ПНi} = ДПН_{in} \times ЧЗЛ_{ПР}, \text{ где:}$$

$ЧЗЛ_{ПР}$  - общая численность застрахованных лиц, прикрепившихся к данной медицинской организации на  $i$ -й расчетный месяц (определяется на основе акта сверки численности на начало  $i$ -го расчетного месяца текущего финансового года по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС).

1.1.6.2. В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к фактическому объему средств на амбулаторную медицинскую помощь на  $i$ -й расчетный месяц рассчитывается поправочный коэффициент ( $ПК_i$ ) по формуле:

$$ПК_i = (ПН_{АМБ_{БАЗ}} \times ЧЗЛ / 12 - (S_{НЗЛi} + S_{ПОТi})) / \sum ОС_{ПНi}, \text{ где:}$$

$\sum ОС_{ПНi}$  - предварительный размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу на  $i$ -й расчетный месяц по всем медицинским организациям.

1.1.6.3. Фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу ( $ФОС_{ПНi}$ ) на  $i$ -й расчетный месяц по каждой страховой медицинской организации в рублях с округлением в сторону уменьшения определяется по формуле:

$$ФОС_{ПНi} = ОС_{ПНi} \times ПК_i$$

1.1.7. Расчет финансового результата для медицинской организации, имеющей прикрепившееся население

По результатам работы за месяц ТФОМС в рамках централизованного расчета определяет финансовый результат деятельности МО, имеющей прикрепившееся население.

Финансовый результат определяется в целом по МО с учетом информации по всем страховым медицинским организациям, действующим в сфере ОМС Волгоградской области, и рассчитывается как сальдо между фактическим размером финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому

нормативу на *i*-й расчетный месяц, и фактическими расходами на медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам, прикрепившимся к этой МО, по каждой страховой медицинской организации на *i*-й расчетный месяц по формуле:

$$\Phi P_{MOi} = \Phi OC_{ПНi} - C_{ПЗЛi}, \text{ где:}$$

$\Phi P_{MOi}$  - финансовый результат МО, имеющей прикрепившееся население, за *i*-й расчетный месяц;

$C_{ПЗЛi}$  - стоимость медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам по месту прикрепления, т.е. в этой МО, за *i*-й расчетный месяц, (определяется на основании данных реестров счетов за *i*-й расчетный месяц без счетов за диспансеризацию и профилактические осмотры определенных групп населения, стоматологическую помощь, дерматологическую помощь, гинекологическую помощь, травматологическую помощь, консультативную помощь, услуги компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии, услуги центров здоровья; медицинскую помощь в неотложной форме, оказанную в приёмном покое стационара пациентам, не нуждающимся в госпитализации; медицинскую реабилитацию, колопроктологию, онкологическую помощь, сердечно-сосудистую хирургию, услуги централизованной диагностической лаборатории).

1.1.8. Расчет итогового дохода для медицинской организации, имеющей прикрепившееся население

Положительный финансовый результат за *i*-й расчетный месяц для финансирования медицинской организации, имеющей прикрепившееся население с учетом показателя результативности деятельности медицинской организации  $ПР_i$  за месяц, предшествующий расчетному месяцу (определяется на основании Методики оценки результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу на обслуживаемое (прикрепившееся) застрахованное население), образует итоговый доход за *i*-й расчетный месяц, который рассчитывается по формуле:

$$ИД_{MOi} = \Phi P_{MOi} \times ПР_{i-1}$$

Методика оценки результативности деятельности МО, финансируемых по подушевому нормативу на обслуживаемое (прикрепившееся) застрахованное население, приведена в приложении к настоящему Положению.

Итоговый доход для МО выплачивается страховыми медицинскими организациями, действующими в сфере ОМС Волгоградской области.

В случае возникновения дополнительных расходов на оказание медицинской помощи, превышающих окончательную расчетную сумму средств ОМС для финансирования МО, имеющей прикрепившееся население, формируется отрицательный финансовый результат.

Отрицательный финансовый результат МО переносится на последующие расчетные месяцы в пределах финансового года и учитывается при последующем финансировании по подушевым нормативам, т.е. путем суммирования с финансовым результатом последующих месяцев по названной организации (в пределах финансового года). При этом ТФОМС проводится анализ деятельности МО для рассмотрения на заседании Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Волгоградской области вопросов об изменении объемов медицинской помощи или тарифов МО.

1.2. Оплата амбулаторной медицинской помощи, оказанной МО, не имеющими прикрепившегося населения, а также оказанной лицам, застрахованным за пределами Волгоградской области

Оплата амбулаторной медицинской помощи, оказанной МО, не имеющими прикрепившегося населения, а также оказанной лицам, застрахованным за пределами Волгоградской области, производится:

- по тарифам врачебных посещений (с профилактической целью, при оказании неотложной помощи),

- по тарифам посещений фельдшера (акушерки), ведущего самостоятельный прием (с профилактической целью, при оказании неотложной помощи),

- по тарифам обращений в связи с заболеваниями к врачам (фельдшерам, акушеркам),

- по тарифам посещений центра здоровья,

- по тарифам лечебно-диагностических услуг (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, стоматология).

- по тарифам диагностических услуг централизованных клинических лабораторий (клинико-диагностической, цитологической, пренатального скрининга дородовой диагностики).

## 2. Стационарная помощь

2.1 Оплата медицинской помощи, предоставляемой в условиях стационаров МО или их соответствующими структурными подразделениями, включая медицинскую реабилитацию, производится по тарифам законченных случаев госпитализации, входящих в клинико-статистическую группу.

Количество фактически оказанных пациенту койко-дней рассчитывается как разность между датой окончания лечения и датой начала лечения.

Оплате по тарифу законченного случая госпитализации подлежат все случаи госпитализации при оказании специализированной медицинской помощи независимо от длительности лечения и причин выбытия из стационара в рамках утвержденных объемов стационарной медицинской помощи. Для ряда случаев стационарного лечения длительностью 1 - 3 койко-дня выделены отдельные подгруппы КСГ, к которым применен управленческий коэффициент. Исключением из таких случаев являются случаи, при которых пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая госпитализации к конкретной КСГ. Таким образом, для "коротких" групп предусмотрен тариф в размере 30% от группы с полной длительностью, а для групп с оперативным лечением, являющимся критерием отнесения к КСГ применяется тариф в размере 100%. По случаям, относящимся к КСГ, не имеющим отдельных "коротких" подгрупп, оплата происходит независимо от длительности пребывания и результата обращения за медпомощью. Отдельные сверхкороткие случаи госпитализации, указанные в Инструкции на 2016 год, оплачиваются по полному тарифу независимо от длительности лечения.

2.2 Оплата медицинской помощи, оказанной новорожденному ребенку до момента государственной регистрации рождения, осуществляется по полису матери (законного представителя), так как ОМС детей со дня рождения до дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахована мать ребенка или его другой законный представитель.

2.3 Все консультации специалистов, оказанные пациентам в стационаре, отдельно не оплачиваются, так как расходы на них уже учтены в тарифах законченных случаев госпитализации, входящих в клинико-статистическую группу.

2.4 Расходы на медицинскую помощь, оказываемую в реанимационных отделениях медицинских организаций (палатах интенсивной терапии), входят в общий объем предоставляемой медицинской помощи, которая компенсируется по тарифу законченного случая госпитализации, входящего в КСГ.

2.5 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.

### 3. Медицинская помощь, предоставляемая в условиях дневных стационаров

3.1 Оплата медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров, включая медицинскую реабилитацию, производится по тарифам законченных случаев госпитализации, входящих в клинико-статистическую группу.

3.2 Количество пациенто-дней в дневных стационарах определяется числом фактических дней пребывания в дневном стационаре, при этом дни поступления и выписки считаются за 2 дня. При совпадении даты поступления с датой выписки количество дней считается за 1».

Оплате по тарифу законченного случая лечения подлежат все случаи госпитализации при оказании медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров при стационарной медицинской организации, в условиях дневных стационаров при амбулаторно-поликлинической медицинской организации и стационаров на дому независимо от длительности лечения и причин выбытия из дневного стационара в рамках утвержденных объемов стационарзамещающей медицинской помощи. Для случаев лечения в условиях дневного стационара с длительностью от 1 до 3 дней выделены отдельные подгруппы КСГ, к которым применен управленческий коэффициент. Таким образом, для "коротких" групп предусмотрен тариф в размере 30% от группы с полной длительностью, а для групп с оперативным лечением, являющимся критерием отнесения к КСГ применяется тариф в размере 100%. Исключение составляют КСГ, средняя длительность по которым изначально не выше данных параметров (оплата подобных случаев производится независимо от длительности лечения). Случаи лечения бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпоральное оплодотворение), оплачиваются по отдельным КСГ, дифференцированным по этапам прерывания процедуры.

Оплата проведения хронической заместительной почечной терапии методами гемодиализа и перитонеального диализа производится по отдельно выделенным случаям лечения в течение одного календарного месяца. В случай объединены в среднем 13 процедур гемодиализа и 30 дней перитонеального диализа.

3.3 Все консультации специалистов, оказанные пациентам в дневном стационаре, отдельно не оплачиваются, так как расходы на них уже учтены в тарифах законченных случаев госпитализации.

3.4 При лечении у врачей-специалистов (за исключением профиля дневного стационара) пациента, находящегося в дневном стационаре, формируется счет за амбулаторно-поликлиническую помощь, в котором даты оказания помощи могут пересекаться с дневным стационаром.

### 4. Скорая медицинская помощь

4.1. Оплата 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) (далее - скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации), производится по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи. Оплата за вызов скорой медицинской помощи используется для медицинской помощи, оказанной лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также

оказанной медицинскими организациями, не имеющими прикреплённого обслуживаемого населения.

4.2. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, осуществляется на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, заключенного между МО, включенной в реестр МО, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС Волгоградской области, которой решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Волгоградской области установлен объем предоставления медицинской помощи, и страховой медицинской организацией, участвующей в реализации Территориальной программы ОМС Волгоградской области, в установленном порядке.

4.3. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, по подушевому нормативу на обслуживаемых застрахованных в Волгоградской области лиц.

4.3.1. Объем средств ОМС для оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, определяется исходя из норматива объема оказания медицинской помощи вне МО в расчете на одно застрахованное лицо и норматива финансовых затрат на единицу объема, установленных Территориальной программой ОМС на соответствующий год.

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи включает в себя финансовые средства, обеспечивающие собственную деятельность службы скорой медицинской помощи с учетом оплаты необходимых для функционирования услуг сторонних организаций.

Объем средств ОМС для финансирования станции скорой медицинской помощи и отделения скорой медицинской помощи, входящего в состав МО, на месяц рассчитывается Государственным учреждением "Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области" по каждой МО, оказывающей скорую медицинскую помощь и имеющей обслуживаемое застрахованное население в соответствии с закрепленной территорией.

При проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (за исключением медико-экономического контроля) для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации, имеющей обслуживаемое население, лицам, застрахованным на территории Волгоградской области, за стоимость случая оказания медицинской помощи принимается средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования на 2016 год, утвержденный постановлением Правительства РФ от 19.12.2015 № 1382 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на 2016 год», равный 1747,7 рублей.

При проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации, не имеющей прикреплённого обслуживаемого населения, а также для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации лицам, застрахованным за пределами территории Волгоградской области, за стоимость случая оказания медицинской помощи принимается стоимость случая, представленная в счетах на оплату.

Для осуществления персонифицированного учета оказанной скорой медицинской помощи МО, оказывающие скорую медицинскую помощь, выставляют реестры счетов за оказанную скорую медицинскую помощь (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) в страховые медицинские организации за отчетный месяц, в сроки, определенные договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

4.3.2. Расчет среднего размера финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Волгоградской области в расчете на одно застрахованное лицо.

Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Волгоградской области в расчете на одно застрахованное лицо (ФО АМБ<sub>СР</sub>) определяется по формуле:

$$\text{ФО СМП}_{\text{СР}} = (S_{\text{СМП}} - S_{\text{НСЗ}}) / \text{Ч}_{\text{ЗЛ}}, \text{ где:}$$

$S_{\text{СМП}}$  - сумма средств ОМС для финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, утвержденная территориальной программой ОМС на соответствующий финансовый год (в случае поступления в бюджет ТФОМС дополнительных средств, не учтенных в территориальной программе ОМС, сумма средств ОМС для финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, может быть увеличена до внесения соответствующих изменений в параметры территориальной программы ОМС на основании распоряжения директора ТФОМС);

$S_{\text{НСЗ}}$  - сумма средств ОМС, направляемая на формирование нормированного страхового запаса ТФОМС в соответствующем финансовом году. Определяется исходя из суммы средств необходимых для оплаты скорой медицинской помощи, оказываемой за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования и для других целей использования средств нормированного страхового запаса ТФОМС;

$\text{Ч}_{\text{ЗЛ}}$  - численность застрахованных в Волгоградской области лиц (определяется на основании регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц и соответствует численности застрахованных лиц, учитываемой при расчете территориальной программы ОМС на соответствующий финансовый год по состоянию на первое апреля предшествующего года).

4.3.3. Расчет среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи на соответствующий финансовый год

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, на соответствующий финансовый год (ПН СМП<sub>БАЗ</sub>) определяется по формуле:

$$\text{ПН СМП}_{\text{БАЗ}} = (\text{ФО СМП}_{\text{СР}} \times \text{Ч}_{\text{ЗЛ}} - S_{\text{ТРОМ}}) / \text{Ч}_{\text{ЗЛ}}, \text{ где:}$$

$S_{\text{ТРОМ}}$  - сумма средств ОМС, направляемых на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, за вызов скорой медицинской помощи застрахованным в Волгоградской области лицам в случае проведения тромболизиса, на соответствующий финансовый год.

Суммы средств ОМС, направляемых на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, за вызов скорой медицинской помощи застрахованным в Волгоградской области лицам в случае проведения тромболизиса, на соответствующий финансовый год утверждаются Комиссией по разработке территориальной программы ОМС в Волгоградской области.

4.3.4. Расчет дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи на соответствующий финансовый год

4.3.4.1. Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, для однородных групп медицинских организаций на соответствующий финансовый год определяется ТФОМС в рамках централизованного расчета по формуле:

$$\text{ДПН}_n = \text{ПН СМП}_{\text{БАЗ}} \times \text{СКД}_{\text{ИНТ}n}, \text{ где:}$$

ДПН<sub>n</sub> - дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для n-й группы медицинских организаций;

СКД<sub>ИНТn</sub> – средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, определенный для n-й группы медицинских организаций.

4.3.4.2. Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи (КД<sub>ИНТ</sub>) определяется для каждой медицинской организации по формуле:

$$\text{КД}_{\text{ИНТ}} = \text{КД}_{\text{ПВ}} \times \text{КД}_{\text{ЗП}}, \text{ где:}$$

КД<sub>ПВ</sub> - половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации;

КД<sub>ЗП</sub> - коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения Волгоградской области.

Объединение медицинских организаций в однородные группы осуществляется исходя из значений интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива.

Полученные значения интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива ранжируются от максимального до минимального значения и объединяются в однородные группы с последующим расчетом средневзвешенного значения данного коэффициента для каждой n-й группы медицинских организаций (СКД<sub>ИНТn</sub>).

4.3.4.3. Расчет половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива.

Среднеобластные коэффициенты половозрастных затрат скорой медицинской помощи определяются по каждой половозрастной группе лиц на основании данных о затратах на оплату скорой медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период (год, полугодие, квартал), но не реже одного раза в год, и о численности застрахованных лиц за данный период.

Для этого все лица, застрахованные в Волгоградской области в расчетном периоде, распределяются на следующие восемь половозрастных групп:

Номер группы	Наименование группы
1	ноль - четыре года мужчины
2	ноль - четыре года женщины
3	пять - семнадцать лет мужчины
4	пять - семнадцать лет женщины

5	восемнадцать - пятьдесят девять лет мужчины
6	восемнадцать - пятьдесят четыре года женщины
7	шестьдесят лет и старше мужчины
8	пятьдесят пять лет и старше женщины

Численность каждой группы застрахованных лиц определяется на основании сведений регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц на первое число первого месяца расчетного периода.

Затраты на оплату скорой медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам по каждой половозрастной группе, определяются на основании данных реестров счетов по скорой медицинской помощи за расчетный период (исходя из объемов скорой медицинской помощи) и суммы средств, направленной на оплату скорой медицинской помощи по подушевым нормативам финансирования.

Для этого определяется норматив затрат на одно застрахованное лицо (Р) в Волгоградской области (без учета возраста и пола) по формуле:

$$P = Z / M / Ч, \text{ где:}$$

З - затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам за расчетный период;

М - количество месяцев в расчетном периоде;

Ч - численность застрахованных лиц на территории Волгоградской области.

Определяются нормативы затрат на одно застрахованное лицо, попадающее в j-ю половозрастную группу (Р<sub>j</sub>), по формуле:

$$P_j = Z_j / M / Ч_j, \text{ где:}$$

З<sub>j</sub> - затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам, попадающим в j-ю половозрастную группу за расчетный период;

М - количество месяцев в расчетном периоде;

Ч<sub>j</sub> - численность застрахованных лиц Волгоградской области, попадающих в j-ю половозрастную группу.

Рассчитываются среднеобластные коэффициенты половозрастных затрат К<sub>пвзj</sub> для каждой половозрастной группы по формуле:

$$K_{пвзj} = P_j / P$$

Среднеобластные коэффициенты половозрастных затрат утверждаются Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Волгоградской области.

Половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива для соответствующей медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь (КД<sub>пвмо</sub>), рассчитывается по формуле:

$$K_{Дпвмо} = (K_{пвз1} \times Ч_{озл1} + K_{пвз1} + Ч_{озл1} + \dots + K_{пвзj} \times Ч_{озлj}) / Ч_{злОб}, \text{ где:}$$



$K_{пвз1}, K_{пвз2}, \dots K_{пвзj}$  - среднеобластные коэффициенты половозрастных затрат по каждой половозрастной группы в соответствии с прикрепившимися к медицинской организации застрахованными лицами;

$Ч_{озл1}, Ч_{озл2}, \dots Ч_{озлj}$  - численность обслуживаемых медицинской организации застрахованных лиц по соответствующим половозрастным группам;

$Ч_{злОБ}$  - общая численность обслуживаемых медицинской организацией, оказывающей скорую медицинскую помощь.

4.3.4.4. Определение коэффициента дифференциации, учитывающего достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения Волгоградской области.

Коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения Волгоградской области ( $КД_{зп}$ ) используется для увеличения финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и сохранения достигнутого уровня заработной платы медицинских работников.

4.3.5. В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования скорой медицинской помощи, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$ПК = (ПН СМП_{БАЗ} \times Ч_{зл}) / \sum (ДПН \times Ч_{злОБ}), \text{ где:}$$

$\sum (ДПН \times Ч_{злОБ})$  – общий размер финансового обеспечения медицинских организаций по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи.

4.3.6. Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для  $n$ -й группы медицинских организаций на соответствующий финансовый год ( $ФДПН_n$ ) определяется по формуле:

$$ФДПН_n = ДПН_n \times ПК, \text{ где:}$$

4.3.7. Фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, по подушевому нормативу на  $i$ -й расчетный месяц ( $ФО_{ПНi}$ ) рассчитывается по каждой страховой медицинской организации в рублях с округлением в сторону уменьшения по формуле:

$$ФО_{ПНi} = ФДПН_n / 12 \times Ч_{злОБi}, \text{ где:}$$

$Ч_{злОБi}$  – численность застрахованных лиц на  $i$ -й расчетный месяц, обслуживаемых медицинской организацией, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации (определяется на основе акта сверки численности на начало  $i$ -го расчетного месяца текущего финансового года по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС).

4.3.8. Фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, с учетом объемов медицинской помощи, оплата которых осуществляется за вызов, на  $i$ -й расчетный месяц ( $ФО_{СМПi}$ ) рассчитывается по формуле:

$$\Phi O_{\text{СМП}i} = \Phi O_{\text{ПН}i} + O C_{\text{В}i}, \text{ где:}$$

$O C_{\text{В}i}$  - объем средств ОМС, направляемый в медицинскую организацию, оказывающую скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, за вызовы скорой медицинской помощи застрахованным в Волгоградской области лицам в случае проведения тромболизиса за  $i$ -й расчетный месяц.

4.3.9. При наличии на территории, обслуживаемой медицинской организацией, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, других медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, оплачиваемую за осуществленные вызовы, расходы по её оплате в  $i$ -м расчетном месяце учитываются при определении фактического размера финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь, по подушевому нормативу на  $i$ -й расчетный месяц, обслуживающей эту территорию, по формуле:

$$\Phi O_{\text{ПН}i} - P \text{ смп, где:}$$

$P \text{ смп}$  - сумма зарегистрированных счетов по ОМС в  $i$ -м расчетном месяце за вызовы скорой медицинской помощи, выставленных другими медицинскими организациями, на территории, обслуживаемой медицинской организацией, оказывающей скорую медицинскую помощь, и финансируемой по подушевому нормативу.

Медицинские организации, оказывающие скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, по подушевому нормативу выставляют в адрес страховой медицинской организации счет на оплату скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на обслуживаемое застрахованное население за счет средств ОМС Волгоградской области исходя из фактического размера финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, по подушевому нормативу на  $i$ -й расчетный месяц, по форме, утвержденной ТФОМС.

Сумма средств ОМС для финансирования станции скорой медицинской помощи и отделения скорой медицинской помощи, входящего в состав МО, за расчетный месяц направляется страховыми медицинскими организациями с учетом ранее направленного аванса и результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления скорой медицинской помощи по ОМС.

4.4. Оплата скорой медицинской помощи по тарифам за выполненные вызовы.

4.4.1. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Волгоградской области, осуществляется ТФОМС по тарифу вызова скорой помощи, выполненного врачебной или фельдшерской бригадой.

4.4.2. Оплата скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной помощи, специализированной наркологической, психиатрической помощи) оказанной медицинскими организациями, не имеющими обслуживаемого населения, при применении тромболитической терапии во время оказания скорой медицинской помощи, производится по тарифу вызова, выполненного врачебной или фельдшерской бригадой.

Объем средств ОМС для оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, медицинскими организациями, не имеющими обслуживаемого населения, определяется исходя из объемов и тарифов за выполненные вызовы, утвержденных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Волгоградской области.

## Раздел II: Формирование счетов и реестров счетов для оплаты медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области

«Настоящие правила формирования счетов и реестров счетов применяются всеми медицинскими организациями, 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;
- «11» – Дополнительная диспансеризация;
- «12» – Комплексная услуга центра здоровья;
- «24» – Вызов скорой медицинской помощи;
- «29» – За посещение в поликлинике;
- «30» – За обращение (законченный случай) в поликлинике;
- «32» – "За законченный случай лечения заболевания при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях";
- «33» – За законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистические группы заболеваний) в стационарных условиях;
- «41» – За посещение в связи с оказанием неотложной помощи;
- «43» – За законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистические группы заболеваний) в дневном стационаре.

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» – "За законченный случай лечения заболевания при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях";
- «33» – За законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-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.\*\*\*, 2.80.27, 2.80.28).

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:

«43» – За законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний) в дневном стационаре.

#### 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, при применении тромболитической терапии во время оказания скорой медицинской помощи, производится по стоимости вызова, выполненного врачебной или фельдшерской бригадой, при этом используется следующий способ 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, завершенные 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).

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).

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) 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 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, завершнным 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.

#### Амбулаторная медицинская помощь (за исключением стоматологической)

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 (или фельдшера, акушерки, зубного врача, гигиениста стоматологического) и является основанием для выставления счета за посещение или 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 врачебных комиссий не формируются, так как расходы на нее уже учтены в тарифах профильных посещений.

В рамках каждого обращения по поводу заболевания (травмы, иного состояния) медицинские организации в обязательном порядке ведут учет непосредственно выполненных посещений (коды услуг – 2.60.\*, 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.

Счета за медицинскую помощь, оказанную врачами-специалистами в амбулаторных условиях пациентам, находящимся на стационарном лечении, не формируются, так как расходы на неё учтены в тарифах КСГ стационарной помощи.

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 сведения 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 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, 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 специализированная 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);

«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.

Правила заполнения полей в разделе «Сведения о случае» при оказании неотложной медицинской помощи в приемном отделении пациентам, не нуждающимся в госпитализации с проведением компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии:

«Условия оказания медицинской помощи» – амбулаторно;

«Вид помощи» - первичная специализированная медико-санитарная помощь;

«Код МО, направивший на лечение (диагностику)» - заполняется реестровым кодом МО;

«Профиль» - профиль врача назначившего исследование;

«Номер истории болезни/амбулаторной карты» - для амбулаторных пациентов своей МО – номер его амбулаторной карты;

«Специальность» - специальность врача назначившего исследование;

«Код способа оплаты» - за посещение в связи с оказанием неотложной помощи.

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

### Стоматологическая медицинская помощь

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

При оказании стоматологической помощи в амбулаторных условиях должен соблюдаться принцип максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение, что является наиболее эффективным, так как сокращается время на вызов пациента, подготовку рабочего места, операционного поля, работу с документами и т.д.

Счета формируются за медицинскую помощь, оказанную врачами-стоматологами, а также средними медицинскими работниками, ведущими самостоятельный приём - зубными врачами и гигиенистами стоматологическими.

Оплата стоматологической медицинской помощи в амбулаторных условиях производится по тарифам на медицинские услуги.

При формировании счетов за оказание стоматологической помощи следует соблюдать следующее правило: в каждом случае в обязательном порядке должно быть не



менее 1 посещения, при этом в одном случае не могут быть посещения к врачам разных стоматологических специальностей.

Обращение по поводу заболевания в стоматологии - оказание медицинской помощи при кратности не менее двух посещений к врачу-стоматологу одной специальности (зубному врачу), с обязательным условием завершения лечения по основному диагнозу, с учетом выполненной работы по УЕТ. При невыполнении этих условий следует использовать коды разовых посещений по поводу заболевания.

При лечении заболеваний пародонта обращением следует считать законченный случай при кратности посещений не менее пяти.

Выполнение анестезии входит в обращение или посещение и не может считаться отдельным разовым посещением по поводу заболевания.

При острых заболеваниях полости рта, слюнных желёз и челюстей с необходимостью оказания стоматологической медицинской помощи в течение двух часов от момента обращения пациента в медицинскую организацию данное посещение следует представлять к оплате как неотложное. Например, однократное посещение к стоматологу-хирургу по поводу «острой боли» следует относить к посещениям при оказании медицинской помощи в неотложной форме.

Посещением с профилактической целью в стоматологии следует считать случай оказания стоматологической помощи, включающей в себя 1 посещение при основном диагнозе «Z01.2». Случаи оказания медицинской помощи гигиенистом стоматологическим являются только профилактическими.

В целях корректного оформления случаев оказания стоматологической помощи, имеющим дату окончания с 01.01.2016, необходимо при формировании файла Реестра случаев (впоследствии – Реестров счетов) обязательно выполнять ряд условий заполнения полей разделов.

Случаи стоматологической помощи оформляются отдельным счетом, в номере которого содержится символ «Т» (латинская буква).

#### При формировании случая обращения с лечебной целью

В разделе «Сведения о случае»:

- в поле «Условия оказания медицинской помощи» указывается «3» – амбулаторно;
- в поле «Вид помощи» указывается «13» – первичная специализированная медицинская помощь (при оказании помощи стоматологом-специалистом), или «11» - первичная доврачебная медико-санитарная помощь (при оказании помощи зубным врачом);
- в поле «Форма оказания медицинской помощи» указывается «3» - плановая;
- в поле «Профиль» указывается профиль специалиста, оказавшего стоматологическую помощь;
- в поле «Номер амбулаторной карты» указывается номер амбулаторной карты (форма 043/у);
- в поле «Дата начала лечения» указывается дата начала лечения в рамках данного обращения (дата первого посещения);
- поле «Дата окончания лечения» указывается дата завершения лечения в рамках данного обращения (дата последнего посещения);
- в поле «Диагноз основной» указывается Код МКБ, соответствующий Основному диагнозу, по поводу которого проводилось лечение, этот же диагноз указывается в аналогичном разделе «Сведения об услуге»;
- в поле «Результат обращения (госпитализации)» указывается соответствующий код из Классификатора результатов обращения за медицинской помощью;
- в поле «Исход заболевания» указывается соответствующий код из Классификатора исходов заболевания;

- в поле «Специальность лечащего врача» указывается специальность лечащего врача в соответствии с Классификатором медицинских специальностей;
- в поле «Код врача, закрывшего талон» указывается СНИЛС лечащего врача;
- поле «Код способа оплаты медицинской помощи» указывается «4» - Лечебно-диагностическая процедура.

В разделе «Сведения об услуге»:

В обязательном порядке для обозначения обращения с лечебной целью показываются услуги с кодами в соответствии с таблицей:

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги
2.78.47	Обращение с лечебной целью к врачу стоматологу-терапевту
2.78.48	Обращение с лечебной целью к врачу стоматологу-терапевту (при лечении заболеваний пародонта)
2.78.49	Обращение с лечебной целью к врачу стоматологу-хирургу
2.78.50	Обращение с лечебной целью к врачу ортодонт
2.78.51	Обращение с лечебной целью к врачу детскому стоматологу
2.78.52	Обращение с лечебной целью к врачу стоматологу общей практики
2.78.53	Обращение с лечебной целью к зубному врачу

В обязательном порядке в составе обращения показываются сведения по каждому посещению (коды первичных посещений в течение календарного года - 57.1.57-57.1.61, 57.4.38, или коды повторных посещений в календарном году - 57.1.37, 57.1.40, 57.1.43, 57.1.46, 57.1.52, 57.4.39) не менее двух, а при кодах основного диагноза из раздела МКБ K05.\*, K06.\*, – не менее пяти в рамках данного обращения, а также по каждой стоматологической услуге, выполненной в рамках данного обращения из разделов 57.1.\*\*\*, 57.2.\*\*\*, 57.3.\*\*\*, 57.4.\*\*\*, вносятся согласно фактическому их оказанию.

- В поле «Профиль оказанной медицинской помощи» указывается профиль врача специалиста стоматолога (зубного врача);
- поля «Дата начала оказания услуги» и «Дата окончания оказания услуги» заполняются в соответствии с датой посещения (стоматологической услуги), у каждого посещения в составе обращения дата начала = дате окончания оказания услуги; для услуг с кодами группы 2.78.\*\*\* указывается диапазон дат как на уровне случая;
- поле «Диагноз» указывается Код МКБ, соответствующий Основному диагнозу по поводу которого проводилось лечение, в посещении – код диагноза равен диагнозу на уровне «Сведения о случае», в услугах диагноз может отличаться от основного;
- в поле «Код услуги» указывается один из кодов выполненных посещений или стоматологической услуги из раздела 57.1.\*\*\*, 57.2.\*\*\*, 57.3.\*\*\*, 57.4.\*\*\*, в зависимости от профиля специалиста.
- в поле «Количество оказанных услуг» проставляется количество оказанных услуг по одному наименованию (для услуг 2.78.\*\*\* количество всегда равно единице);
- в поле «Тариф» указывается тариф в соответствии с приложением 6 к настоящему Тарифному соглашению; для услуг с кодами из раздела 2.78.\*\*\* - тариф «0»;

- в поле «Специальность медработника, выполнившего услугу» указывается специальность лечащего врача в соответствии с Классификатором медицинских специальностей;
- в поле «Код врача, оказавшего медицинскую услугу» указывается СНИЛС лечащего врача;

Количество разделов «Сведения об услуге» должно соответствовать количеству наименований медицинских услуг и посещений, входящих в данное обращение, плюс один раздел, соответствующий самому обращению (2.78.\*\*\*).

Информация о профиле медицинской помощи, указанная в разделе «Сведения о случае», должна соответствовать значениям в этих же полях из разделов по посещениям «Сведения об услуге».

Остальные поля разделов заполняются в прежнем порядке.

При формировании случая посещения  
(профилактического, разового по поводу заболевания)

В разделе «Сведения о случае»:

- в поле «Условия оказания медицинской помощи» указывается «3» – амбулаторно;
- в поле «Вид помощи» указывается «13» – первичная специализированная медицинская помощь (при оказании помощи стоматологом-специалистом), или «11» - первичная доврачебная медико-санитарная помощь (при оказании помощи зубным врачом, гигиенистом стоматологическим);
- в поле «Форма оказания медицинской помощи» указывается «3» - плановая;
- в поле «Профиль» указывается профиль специалиста, оказавшего стоматологическую помощь;
- в поле «Номер амбулаторной карты» указывается номер амбулаторной карты (форма 043/у);
- в полях «Дата начала оказания услуги» и «Дата окончания оказания услуги» указывается дата посещения;
- в поле «Диагноз основной» указывается Код МКБ «Z01.2» в случае посещения с профилактической целью или иной диагноз при разовом посещении по поводу заболевания, этот же диагноз указывается в аналогичном разделе «Сведения об услуге»;
- в поле «Результат обращения (госпитализации)» указывается соответствующий код из Классификатора результатов обращения за медицинской помощью;
- в поле «Исход заболевания» указывается соответствующий код из Классификатора исходов заболевания;
- в поле «Специальность лечащего врача» указывается специальность врача стоматолога (зубного врача, гигиениста профилактического) в соответствии с Классификатором медицинских специальностей;
- в поле «Код врача, закрывшего талон» указывается СНИЛС врача стоматолога (зубного врача, гигиениста профилактического);
- поле «Код способа оплаты медицинской помощи» указывается «4» - Лечебно-диагностическая процедура.

В разделе «Сведения об услуге»:

В обязательном порядке в составе случая показываются сведения по одному посещению с кодом услуги из группы 2.79.\*(для профилактических) или 2.88.\* (для разовых по заболеванию) в соответствии с профилем специалиста и одному из кодов - 57.1.57-57.1.61, 57.4.38, 57.5.1, 57.1.37, 57.1.40, 57.1.43, 57.1.46, 57.1.52, 57.4.39, 57.5.2,

57.4.41 и по каждой стоматологической услуге, выполненной в рамках данного случая из раздела 57.1.\*, 57.2.\*, 57.3.\*, 57.4.\*, 57.5.\*

- В поле «Профиль оказанной медицинской помощи» указывается профиль врача специалиста стоматолога (зубного врача, гигиениста стоматологического);
- поля «Дата начала оказания услуги» и «Дата окончания оказания услуги» заполняются в соответствии с датой посещения (стоматологической услуги);
- поле «Диагноз» указывается Код МКБ «Z01.2», равен диагнозу на уровне «Сведения о случае»;
- в поле «Код услуги» указывается один из кодов посещения группы 2.79.\*\*\* (или 2.88.\*\*\*), или выполненной стоматологической услуги из раздела 57.1.\*\*\*, 57.2.\*\*\*, 57.3.\*\*\*, 57.4.\*\*\*, 57.5.\*\*\* в зависимости профиля специалиста:

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги
2.79.52	Врачебный приём с профилактической целью стоматолога-терапевта
2.79.53	Врачебный приём с профилактической целью стоматолога-хирурга
2.79.54	Врачебный приём с профилактической целью детского стоматолога
2.79.55	Врачебный приём с профилактической целью стоматолога общей практики
2.79.56	Врачебный приём с профилактической целью ортодонта
2.79.57	Приём с профилактической целью зубного врача
2.79.58	Приём с профилактической целью гигиениста стоматологического
2.88.40	Разовое посещение по поводу заболевания к врачу стоматологу-терапевту
2.88.41	Разовое посещение по поводу заболевания к врачу стоматологу-хирургу
2.88.42	Разовое посещение по поводу заболевания к врачу детскому стоматологу
2.88.43	Разовое посещение по поводу заболевания к врачу стоматологу общей практики
2.88.44	Разовое посещение по поводу заболевания к врачу ортодонту
2.88.45	Разовое посещение по поводу заболевания к зубному врачу

- в поле «Количество оказанных услуг» проставляется количество оказанных услуг по одному наименованию (для кодов посещений 2.79.\*\*\* или 2.88.\*\*\* количество всегда равно единице);
- в поле «Тариф» указывается «0» для соответствующего посещения с кодом услуги группы 2.79.\*\*\* (или 2.88.\*\*\*), или тариф для услуг с кодами из раздела 57.\*\*.\*\*\* в соответствии с приложением 6 к настоящему Тарифному соглашению;
- в поле «Специальность медработника, выполнившего услугу» указывается специальность лечащего врача в соответствии с Классификатором медицинских специальностей;
- в поле «Код врача, оказавшего медицинскую услугу» указывается СНИЛС лечащего врача;

Количество разделов «Сведения об услуге» должно соответствовать посещению и количеству наименований медицинских услуг, входящих в него.

Информация о профиле медицинской помощи, диагнозе, указанная в разделе «Сведения о случае», должна соответствовать значениям в этих же полях раздела «Сведения об услуге», обозначающих посещение.

Остальные поля разделов заполняются в прежнем порядке.

При формировании случая посещения неотложного

В разделе «Сведения о случае»:

- в поле «Условия оказания медицинской помощи» указывается «3» – амбулаторно;
- в поле «Вид помощи» указывается «13» – первичная специализированная медицинская помощь (при оказании помощи стоматологом-специалистом), или «11» - первичная доврачебная медико-санитарная помощь (при оказании помощи зубным врачом);
- в поле «Форма оказания медицинской помощи» указывается «2» - неотложная;
- в поле «Профиль» указывается профиль врача, оказавшего данную неотложную стоматологическую помощь;
- в поле «Номер амбулаторной карты» указывается номер амбулаторной карты (форма 043/у);
- в полях «Дата начала оказания услуги» и «Дата окончания оказания услуги» указывается дата посещения;
- в поле «Диагноз основной» указывается Код МКБ, соответствующий Основному диагнозу, по поводу которого проводилось лечение, этот же диагноз указывается в аналогичном разделе «Сведения об услуге»;
- в поле «Результат обращения (госпитализации)» указывается соответствующий код из Классификатора результатов обращения за медицинской помощью;
- в поле «Исход заболевания» указывается соответствующий код из Классификатора исходов заболевания;
- в поле «Специальность лечащего врача» указывается специальность врача, оказавшего данную неотложную стоматологическую помощь, в соответствии с Классификатором медицинских специальностей;
- в поле «Код врача, закрывшего талон» указывается СНИЛС врача, оказавшего данную неотложную стоматологическую помощь;
- поле «Код способа оплаты медицинской помощи» указывается «4» - Лечебно-диагностическая процедура.

В разделе «Сведения об услуге»:

В обязательном порядке в составе случая показываются сведения по посещению с кодом услуги из раздела 2.80.\* в зависимости от профиля специалиста и один из соответствующих кодов 57.1.57-57.1.61, 57.1.37, 57.1.40, 57.1.43, 57.1.46, 57.1.52, а также сведения по каждой стоматологической услуге, выполненной в рамках данного неотложного посещения:

- В поле «Профиль оказанной медицинской помощи» указывается профиль специалиста стоматолога (зубного врача);
- поля «Дата начала оказания услуги» и «Дата окончания оказания услуги» заполняются в соответствии с датой посещения;
- поле «Диагноз» указывается Код МКБ, соответствующий Основному диагнозу по поводу которого проводилось оказание неотложной стоматологической помощи, равен диагнозу на уровне «Сведения о случае»;

- в поле «Код услуги» указывается один из кодов выполненной стоматологической услуги из раздела 57.1.\*\*\*, 57.2.\*\*\*, 57.3.\*\*\*, или один из соответствующих кодов неотложного посещения:

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги
2.80.29	Врачебный приём в неотложной форме стоматологом-терапевтом
2.80.30	Врачебный приём в неотложной форме стоматологом-хирургом
2.80.31	Врачебный приём в неотложной форме детским стоматологом
2.80.32	Врачебный приём стоматолога общей практики при оказании медицинской помощи в неотложной форме
2.80.33	Приём зубного врача при оказании медицинской помощи в неотложной форме

- в поле «Количество оказанных услуг» проставляется количество оказанных услуг по одному наименованию (для кодов посещений 2.80.\*\*\* количество всегда равно единице);
- в поле «Тариф» указывается «0» для соответствующего посещения с кодом услуги группы 2.80.\*\*\* или тариф для услуг с кодами из раздела 57.1.\*\*\*-57.3.\*\*\* в соответствии с приложением 6 к настоящему Тарифному соглашению;
- в поле «Специальность медработника, выполнившего услугу» указывается специальность лечащего врача в соответствии с Классификатором медицинских специальностей;
- в поле «Код врача, оказавшего медицинскую услугу» указывается СНИЛС лечащего врача;

Количество разделов «Сведения об услуге» должно соответствовать посещению и количеству наименований медицинских услуг, входящих в него.

Информация о профиле медицинской помощи, диагнозе, указанная в разделе «Сведения о случае», должна соответствовать значениям в этих же полях раздела «Сведения об услуге», обозначающих посещение.

Остальные поля разделов заполняются в прежнем порядке.

Учет УЕТ, содержащихся в обращениях и посещениях, производится путем суммирования количества УЕТ, отнесенных к каждой конкретной выполненной стоматологической услуге из раздела 57.\*\*.\*\*\*, включенной в случай.

Счета за медицинскую помощь, оказанную врачами-стоматологами (зубными врачами), входящими в штаты стационаров, не формируются, так как расходы на неё учтены в общеучрежденческих расходах стационара.

Особенности применения некоторых стоматологических услуг изложены в таблице 1.

Таблица 1

Код	Медуслуга	Особенности применения услуги
57	Стоматологические услуги	
57.1	Общие виды работ	
57.1.6	Помощь при экстренных сопутствующих состояниях	Используется при оказании помощи при обмороке, коллапсе, шоке и т.д.

57.1.7	Определение гигиенического индекса	Не более двух услуг на случай лечения
57.1.8	Определение индекса РМА	Не более двух услуг на случай лечения
57.1.9	Определение пробы Шиллера-Писарева	Не более двух услуг на случай лечения
57.1.10	Витальное окрашивание кариозного пятна (1-4 зубов)	Применяется при дифференциальной диагностике некариозных поражений, начального кариеса
57.1.11	Анестезия аппликационная, плюсуется к видам работ	Применяется по показаниям, в том числе в обязательном порядке перед проведением инъекционной анестезии (в соответствии со стандартами)
57.1.15	Снятие искусственной коронки (при оказании помощи при острой боли)	Применяется врачами-стоматологами, зубными врачами лечебных отделений в случае отсутствия врача-стоматолога-ортопеда (ортодонта).
57.1.17	Диатермокоагуляция одного десневого сосочка, содержимого одного канала	Не применяется с кодом 57.2.18.
57.1.18	Снятие пломбы	Применяется по медицинским показаниям при удовлетворительном состоянии пломбы.
57.1.19	Трепанация зуба, искусственной коронки	Применяется при оказании помощи при острой боли, в том числе при лечении травм зубов.
57.1.20	Электрометрия одного зуба	Применяется при использовании апекслокатора в процессе эндодонтического лечения. Возможно применение данного кода при проведении ЭОД (в соответствии со стандартом).
57.1.26	Покрытие 1 зуба фторлаком, фторгелем	применяется на детском приеме 2-3 курса в год
57.1.27	Местное применение реминерализующих препаратов (1 -4 зубов)	Применяется при использовании кальций и фторсодержащих препаратов, в том числе фторлака. Не более 2-х курсов в год.
57.1.28	Взятие материала на исследование	Применяется врачами-стоматологами хирургами.
57.1.29	Лечение зубов под наркозом (плюсуется к каждому законченному виду работ)	Применяется врачами- стоматологами любой специальности, зубными врачами.
57.1.31	Чтение рентгенограмм, описание их в амбулаторной карте	Применяется для врачей любой специальности, (рентгенолог, стоматолог общей практики, врач стоматолог-терапевт, врач стоматолог-хирург, ортодонт, зубной врач) с описанием в амбулаторной карте 1-2 рентгенограмм.
57.1.34	Премедикация	Применяется при назначения лекарственных препаратов по показаниям ( обоснование в мед. карте).
57.1.37	Прием стоматолога-терапевта повторный	Посещение с лечебной целью.
57.1.40	Прием стоматолога-хирурга повторный	Посещение с лечебной целью.
57.1.43	Прием детского стоматолога повторный	Посещение с лечебной целью.
57.1.46	Прием зубного врача повторный	Посещение с лечебной целью.
57.1.52	Прием стоматолога общей практики повторный	Посещение с лечебной целью.
57.1.54	Проведение профессиональной гигиены одного зуба	На приёме взрослых Применяется при обращении с лечебной и профилактической целью, при отсутствии заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта, независимо от наличия или отсутствия над - и поддесневых зубных отложений. В соответствии с приказом Минздрава России от 24.12.2012 N 1526н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при кариесе дентина и цемента", а также во всех остальных случаях, предусмотренных действующими протоколами и стандартами. При описании медицинской карты используется следующая формулировка: «Проведение профессиональной гигиены полости рта и зубов» с

		<p>указанием фактического количества зубов, их формулы и наименования полировочной пасты. При заболеваниях пародонта и слизистой оболочки полости рта следует применять код 57.2.24. Применяется не более 2 раз в календарном году.</p> <p>На приеме детей</p> <p>Применяется при обращениях с лечебной и профилактической целью на детском приеме. Данная услуга применяется при очистке зуба перед началом лечения, или проведения профилактики, в том числе при герметизации фиссур и обработке фторсодержащими препаратами, а также во всех остальных случаях, предусмотренных действующими протоколами и стандартами. Данная манипуляция включает в себя удаление мягкого зубного налета или кутикулы ротационными щетками с использованием полировочных паст, полировку межзубных промежутков штрипсами.</p> <p>При описании медицинской карты используется следующая формулировка: «Проведение профессиональной гигиены полости рта и зубов» с указанием фактического количества зубов, их формулы и наименования полировочной пасты.</p>
57.1.55	Чтение ортопантограммы с описанием её в амбулаторной карте	Применяется врачами любой специальности (рентгенолог, стоматолог общей практики, врач стоматолог-терапевт, врач стоматолог-хирург, ортодонт, зубной врач).
57.1.56	Обучение гигиене полости рта, санитарное просвещение пациента, консультация матери (сопровождающего лица)	Применяется не более 2 раз в год
57.1.57	Прием стоматолога-терапевта первичный	<p>Применяется при первом посещении медицинской организации в календарном году, при обращении с лечебной целью. Включает в себя: первичный осмотр (согласно алгоритму), сбор анамнеза, оформление первичной медицинской документации;</p> <p>добровольного согласия на обработку персональных данных, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ;</p> <p>информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации при получении первичной медико-санитарной помощи, в соответствии с приказом Министерства Здравоохранения и социального развития РФ от 20.12.12 № 1177-н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства»;</p> <p>анкетирование пациента для выявления рисков возникновения онкозаболеваний, в соответствии с Приказом министерства здравоохранения Волгоградской области от 07.08.15 №2628 «О</p>



		<p>ведении стоматологического больного с заболеваниями слизистой оболочки полости рта»; согласование плана обследования и лечения;</p>
57.1.58	Прием стоматолога-хирурга первичный	<p>Применяется при первом посещении медицинской организации в календарном году, при обращении с лечебной целью. Включает в себя: первичный осмотр (согласно алгоритму), сбор анамнеза, оформление первичной медицинской документации;</p> <p>добровольного согласия на обработку персональных данных, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ;</p> <p>информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации при получении первичной медико-санитарной помощи, в соответствии с приказом Министерства Здравоохранения и социального развития РФ от 20.12.12 № 1177-н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства»;</p> <p>анкетирование пациента для выявления рисков возникновения онкозаболеваний, в соответствии с Приказом министерства здравоохранения Волгоградской области от 07.08.15 №2628 «О ведении стоматологического больного с заболеваниями слизистой оболочки полости рта»;</p> <p>согласование плана обследования и лечения;</p> <p>На детском приеме включает психо-эмоциональную подготовку ребенка с отметкой в медицинской карте стоматологического больного.</p>
57.1.59	Прием детского стоматолога первичный	<p>Применяется при первом посещении медицинской организации в календарном году, при обращении с лечебной целью. Включает в себя: первичный осмотр (согласно алгоритму), сбор анамнеза, оформление первичной медицинской документации;</p> <p>добровольного согласия на обработку персональных данных, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ;</p> <p>информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации при получении первичной медико-санитарной помощи, в соответствии с приказом Министерства Здравоохранения и социального развития РФ от 20.12.12 № 1177-н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия</p>

		на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства»; анкетирование пациента для выявления рисков возникновения онкозаболеваний, в соответствии с Приказом министерства здравоохранения Волгоградской области от 07.08.15 №2628 «О ведении стоматологического больного с заболеваниями слизистой оболочки полости рта»; согласование плана обследования и лечения; В стоимость посещения включены: ГИ, КПУ, КПУ+кп в обязательном порядке, проба Шиллера-Писарева и индекс РМА по показаниям.
57.1.60	Прием зубного врача первичный	Применяется при первом посещении медицинской организации в календарном году, при обращении с лечебной целью. Включает в себя: первичный осмотр (согласно алгоритму), сбор анамнеза, оформление первичной медицинской документации; добровольного согласия на обработку персональных данных, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ; информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации при получении первичной медико-санитарной помощи, в соответствии с приказом Министерства Здравоохранения и социального развития РФ от 20.12.12 № 1177-н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства»; анкетирование пациента для выявления рисков возникновения онкозаболеваний, в соответствии с Приказом министерства здравоохранения Волгоградской области от 07.08.15 №2628 «О ведении стоматологического больного с заболеваниями слизистой оболочки полости рта»; согласование плана обследования и лечения;
57.1.61	Прием стоматолога общей практики первичный	Применяется при первом посещении медицинской организации в календарном году, при обращении с лечебной целью. Включает в себя: первичный осмотр (согласно алгоритму), сбор анамнеза, оформление первичной медицинской документации; добровольного согласия на обработку персональных данных, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ; информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации при получении первичной медико-санитарной помощи, в соответствии с приказом Министерства

		Здравоохранения и социального развития РФ от 20.12.12 № 1177-н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства»; анкетирование пациента для выявления рисков возникновения онкозаболеваний, в соответствии с Приказом министерства здравоохранения Волгоградской области от 07.08.15 №2628 «О ведении стоматологического больного с заболеваниями слизистой оболочки полости рта»; согласование плана обследования и лечения;
57.2.3	Препарирование кариозной полости и наложение одной пломбы из цемента при дефектах I,V класса по Блэку, кариес цемента корня (за исключением СИЦ)	Включает все этапы лечения, за исключением шлифовки и полировки пломбы.
57.2.4	Препарирование кариозной полости и наложение одной пломбы из цемента при дефектах II,III класса по Блэку, кариес цемента корня (за исключением СИЦ)	Включает все этапы лечения, за исключением шлифовки и полировки пломбы.
57.2.5	Препарирование кариозной полости и наложение одной пломбы из цемента при дефектах IV класса по Блэку, кариес цемента корня (за исключением СИЦ)	Включает все этапы лечения, за исключением шлифовки и полировки пломбы.
57.2.6	Наложение одной пломбы из амальгамы при среднем кариесе I, V класса по Блеку	Не применяется
57.2.7	Наложение одной пломбы из амальгамы при среднем кариесе II класса по Блеку	Не применяется
57.2.10	Препарирование кариозной полости при пломбировании композиционными материалами химического, светового отверждения и СИЦ (при использовании материалов, не входящих в ТП ОМС)	Включает только этап препарирования кариозной полости
57.2.11	Наложение пломбы из цемента при осложненном кариесе (за исключением СИЦ)	Применяется при использовании материалов, входящих в ТП ОМС, как завершающий этап лечения осложненного кариеса.
57.2.12	Шлифовка и полировка пломбы (при использовании материалов, входящих в ТП ОМС)	Применять с кодами 57.2.3-57.2.5;57.2.11; 57.2.37-57.2.39, за исключением кода 57.2.10
57.2.15	Наложение медикаментов под временную пломбу, наложение лечебной пломбы	Применяется при лечении глубокого кариеса, биологическом методе лечения пульпита, при использовании метода отсроченного пломбирования корневых каналов, лечении пульпита с девитализацией пульпы.
57.2.16	Раскрытие полости зуба, ампутация коронковой пульпы	Применяется при лечении осложненного кариеса, для 1 зуба только 1 раз
57.2.17	Лечение одного хорошо проходимого корневого канала без применения средств резорбции	Применяется при эндодонтическом лечении методом отсроченного пломбирования (завершающий этап), при использовании любых материалов и методов obturации корневых каналов.
57.2.18	Лечение одного корневого канала с применением средств механического и химического расширения	Применяется в соответствии со стандартом эндодонтического лечения, протоколами ведения больных «Болезни пульпы зуба», «Болезни периапикальных тканей», утвержденных СТАР. Применение средств механического и

		химического расширения не требует дополнительного обоснования. Не зависит от степени проходимости корневого канала. Применяется при использовании любых материалов и методов obturation корневых каналов. Может применяться так же на первом этапе эндодонтического лечения при временном пломбировании корневых каналов (метод отсроченного пломбирования). При проведении второго этапа лечения используется код 57.2.17.
57.2.19	Распломбировка одного корневого канала пломбированного цинк-эвгеноловой пастой	Применяется при наличии рентгенологического подтверждения. 2 снимка до и после лечения.
57.2.20	Распломбировка одного корневого канала пломбированного резорцин-формалиновой пастой	Применяется при наличии рентгенологического подтверждения. 2 снимка до и после лечения.
57.2.21	Распломбировка одного корневого канала пломбированного фосфат-цементом	Применяется при наличии рентгенологического подтверждения. 2 снимка до и после лечения.
57.2.24	Удаление назубных отложений ручным способом полностью (не менее 5 зубов) с обязательным указанием зубной формулы при заболеваниях пародонта	Применяется только при лечении заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта, с указанием зубной формулы (не менее 5 зубов).
57.2.37	Наложение пломбы из композитов химического отверждения при дефектах I, V класса по Блеку	Включены все этапы лечения
57.2.38	Наложение пломбы из композитов химического отверждения при дефектах II, III класса по Блеку	Включены все этапы лечения.
57.2.39	Наложение пломбы из композитов химического отверждения при дефектах IV класса по Блеку	Включены все этапы лечения.
57.2.40	Наложение пломбы из стеклоиономерного цемента (при использовании материалов входящих в ТП ОМС, включает в себя препарирование, наложение и полировку)	Включены все этапы лечения.
57.2.46	Распломбирование одного корневого канала, ранее obturated пастой, в том числе с применением гуттаперчи, при повторном эндодонтическом лечении	Необходимо рентгенологическое подтверждение показаний к повторному эндодонтическому лечению на этапе обследования. Проведение рентгенологического контроля с иглами на этапе лечения, с целью подтверждения фактического оказания услуги.
57.2.47	Распломбирование одного корневого канала, ранее obturated фосфат-цементом, резорцин-формалиновым методом, термофилом, при повторном эндодонтическом лечении	Не применяется при распломбировании корневого канала под штифты, культевые штифтовые конструкции.
57.4	Ортодонтические услуги	
57.4.38	Прием стоматолога-ортодонта первичный	Применяется при взятии пациента на ортодонтическое лечение. Позиция выставляется однократно за весь период ортодонтического лечения, независимо от предыдущих посещений других специалистов. Включает в себя: 1. Сбор жалоб 2. Сбор анамнеза жизни 3. Сбор анамнеза заболевания 4. Выявление функциональных нарушений и вредных привычек 5. Внешний осмотр лица, оценка профиля 6. Осмотр полости рта (оценка состояния слизистой оболочки, уздечек и преддверия, прикуса). 7. Заполнение медицинской карты ортодонтического пациента, взятие добровольного

		информированного согласия на ортодонтическое лечение, добровольного согласия на обработку персональных данных.
57.4.39	Прием стоматолога-ортодонта повторный	Применяется в случае, если пациент находится на ортодонтическом лечении. Включает в себя описание жалоб на момент обращения и динамики лечения.
57.4.40	Консультация ортодонта	Применяется в медицинских организациях, в которых ведётся ортодонтический приём. Посещение следует отнести к разряду профилактических, лечебно-диагностические мероприятия не проводятся. В медицинской карте отражается объективный статус пациента, предварительный план лечения, рекомендации (консультативное заключение). Не требуется оформление мед. документации в объеме первичного посещения. Применение данного кода возможно как при первичном обращении за консультативной помощью, так и при повторных обращениях, включая обращения на этапах ортодонтического лечения
57.4.41	Диспансерный прием ортодонта	Осмотр ортодонта после завершения ортодонтического лечения, в ретенционном периоде. Фиксируются жалобы на момент обращения, краткий объективный статус, рекомендации по использованию ретенционных аппаратов.
57.4.42	Антропометрические измерения черепа	Проводятся по показаниям с высчитыванием индексов. Однократно за период лечения.
57.4.43	Анализ ортопантограммы	Проводится при первичном обращении к ортодонту. Может быть проведено при повторном обращении к ортодонту или в ретенционном периоде с обоснованием цели исследования. Включает в себя описание количества зачатков зубов, их положения, степени сформированности корней зубов, состояния тканей пародонта, патологических очагов.
57.4.44	Анализ и расчет томограммы ВНЧС	Проводится по показаниям при дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Включает в себя описание структур ВНЧС, измерения суставной щели в различных отделах.
57.4.45	Анализ моделей	Проводится при взятии пациента на ортодонтическое лечение. Используются методы согласно периоду прикуса (для временного, сменного, постоянного).
57.4.46	Антропометрический анализ моделей	Проводится при взятии пациента на ортодонтическое лечение. Используются методы для периода прикуса постоянных зубов: с указанием мезио-дистальных размеров зубов, расчётом нормы и отклонений от нормы.
57.4.47	Антропометрический анализ телерентгенограммы головы	Проводится при первичном приёме у ортодонта с целью диагностики. Может быть проведён при повторном приёме с обоснованием цели исследования. Показания: аномалии челюстно-черепных соотношений, аномалии окклюзии. Проводятся измерения согласно имеющимся программам и методикам (угловые и линейные характеристики). Допускается расчерчивание вручную и компьютерный анализ. Возраст пациента – с 9 лет.

57.4.48	Клинические диагностические пробы Эшлера-Битнера и Ильиной-Маркосян	Проводятся при первичном приёме у ортодонта с целью диагностики. Показания: сагиттальные и трансверсальные аномалии окклюзии.
57.4.49	Определение вида смыкания зубных рядов с помощью лицевой дуги	Проводятся при первичном приёме у ортодонта с целью диагностики и/или при завершении лечения для оценки результатов. Показания: аномалии окклюзии, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава.
57.4.50	Медицинское фотографирование	Может проводиться при первичном приёме у ортодонта для диагностики и планирования лечения и при завершении лечения.
57.4.51	Составление плана ортодонтического лечения	Выставляется при первичном приёме у ортодонта. Включает в себя описание этапов лечения (преортодонтический этап, ортодонтическое лечение с указанием вида аппаратуры, дополнительные терапевтические, хирургические или ортопедические мероприятия по показаниям). Однократно за период лечения.
57.4.52	Психологическая подготовка больного к ортодонтическому лечению	Проводятся при первичном приёме у ортодонта. Однократно за период лечения.
57.4.53	Получение оттиска альгинатной слепочной массой	Используется при первичном приёме, при повторном приёме с целью замены аппарата и при завершении ортодонтического лечения.
57.4.54	Получение оттиска альгинатной слепочной массой при наличии ортодонтической аппаратуры	Применяется в случаях поломки ортодонтического аппарата с целью починки.
57.4.55	Изготовление диагностической или рабочей модели 1 челюсти из гипса	Используется при первичном приёме, при повторном приёме с целью замены аппарата и при завершении ортодонтического лечения.
57.4.56	Изготовление диагностической или рабочей модели 1 челюсти из супергипса	Используется для диагностики окклюзии в артикуляторе.
57.4.57	Определение конструктивного прикуса	Используется при первичном или повторном приёме с целью изготовления ортодонтических аппаратов двухчелюстного действия.
57.4.58	Активация ортодонтического аппарата	Проводится при повторном приёме, включает в себя активацию винтов, пружин, вестибулярных дуг в аппарате. Количество услуг соответствует количеству активируемых аппаратов (1 или 2).
57.4.59	Коррекция ортодонтического аппарата или протетической конструкции	Проводится при повторном приёме, включает в себя коррекцию кламмеров и других элементов, шлифовку базиса ортодонтического аппарата. Количество услуг соответствует количеству корректируемых аппаратов (1 или 2).
57.4.60	Перебазировка ортодонтического аппарата	Проводится при повторном приёме, лабораторным или клиническим методом, с обоснованием.
57.4.61	Припасовка аппарата после починки	Выставляется при повторном приёме после сдачи аппарата после починки.
57.4.62	Временное шинирование 1 зуба	Используется при травмах зубов у детей.
57.4.63	Обучение лечебной гимнастике	Проводится при выявлении миофункциональных нарушений. Сопровождается выдачей рекомендаций в виде памятки. Однократно.
57.4.64	Контроль за выполнением лечебной гимнастики	Проводится после обучения лечебной гимнастике.
57.4.65	Пальцевой массаж в области 1-2 зубов	Однократно.
57.4.66	Припасовка и наложение механически действующих одночелюстных съёмных аппаратов с активными элементами (дугами, пружинами, винтами, упорами для языка)	Применяется при повторном приёме. Количество позиций соответствует количеству изготовленных аппаратов, не более 2-х в одно посещение.

57.4.67	Припасовка и наложение функционально-направляющих одночелюстных съемных аппаратов (двучелюстного действия) с накусочными площадками, наклонными плоскостями, окклюзионными накладками	Применяется при повторном приёме. Не более 1 позиции в одно посещение.
57.4.68	Припасовка и наложение блоковых и каркасных аппаратов сочетанного действия (в том числе по типу активаторов)	Применяется при повторном приёме. Не более 1 позиции в одно посещение.
57.4.69	Припасовка и наложение аппарата Твин-блока	Применяется при повторном приёме. Не более 1 позиции в одно посещение.
57.4.70	Припасовка и наложение губного бампера	Применяется при повторном приёме. Не более 2 позиции в одно посещение.
57.4.71	Припасовка и фиксация аппарата для ускоренного расширения верхней челюсти	Применяется при повторном приёме. Не более 1 позиции в одно посещение.
57.4.72	Припасовка и фиксация аппарата Квадхеликс	Применяется при повторном приёме. Не более 1 позиции в одно посещение.
57.4.73	Припасовка и наложение лицевой дуги с головной или шейной тягой	Применяется при повторном приёме. Не более 1 позиции в одно посещение.
57.4.74	Припасовка и наложение лицевой маски Дилера, Петита и др.	Применяется при повторном приёме. Не более 1 позиции в одно посещение.
57.4.75	Припасовка и наложение съемного протеза	Применяется при повторном приёме. Не более 2 позиции в одно посещение.
57.4.76	Припасовка и наложение съемных сложных челюстно-лицевых протетических конструкций	Применяется при повторном приёме. Не более 2 позиции в одно посещение.
57.4.77	Припасовка 1 коронки	Применяется при повторном приёме. Количество позиций зависит от количества изготовленных коронок.
57.4.78	Цементировка 1 коронки	Применяется при повторном приёме. Количество позиций зависит от количества цементируемых коронок.
57.4.79	Перебазировка пластмассовой коронки	Применяется при повторном приёме. Количество позиций зависит от количества коронок.
57.4.80	Снятие ортодонтической коронки	Применяется при повторном приёме. Количество позиций зависит от количества коронок.
57.4.81	Аксиография суставов	Проводится с целью диагностики дисфункци височно-нижнечелюстного сустава.
57.4.82	Электромиография (регистрация, расшифровка, заключение)	Проводится при первичном приёме с целью диагностики дисфункци мышечно-суставных дисфункций, исследования функции мышц при аномалиях окклюзии. При повторном приёме может быть использована для оценки динамики лечения.
57.4.83	Распил базиса через винт	Применяется в момент сдачи ортодонтического аппарата с винтом или в последующий приём. Количество позиций соответствует количеству аппаратов, в которые установлен винт, однократно для одного аппарата.
57.4.84	Активирование одного элемента съемного ортодонтического аппарата	Применяется при сдаче ортодонтического аппарата. Количество позиций соответствует количеству металлических элементов и/или винтов, установленных в аппарат. Данная позиция не может быть использована одновременно с кодом 57.4.58 для одного и того же аппарата в одном посещении.

Перечень стоматологических лечебно-диагностических мероприятий и технологий, используемых при формировании счетов, выраженных в условных единицах трудоемкости (УЕТ), представлен в таблице 2.

Таблица 2

Код	Наименование услуги	УЕТ взрослый прием	УЕТ детский прием
57	Стоматологические услуги		
57.1.	Общие виды работ		
57.1.6	Помощь при экстренных сопутствующих состояниях	1	1
57.1.7	Определение гигиенического индекса	0,5	0,5
57.1.8	Определение индекса РМА	0,5	0,5
57.1.9	Определение пробы Шиллера-Писарева	0,25	0,25
57.1.10	Витальное окрашивание кариозного пятна (1-4 зубов)	0,5	0,5
57.1.11	Анестезия аппликационная, плюсуется к видам работ	0,25	0,25
57.1.12	Анестезия внутривертебральная, плюсуется к видам работ	0,5	0,75
57.1.13	Внеротовая анестезия, блокада, плюсуется к видам работ	1,5	1,5
57.1.14	Инъекционное введение лекарственных средств в полости рта	0,5	0,5
57.1.15	Снятие искусственной коронки (при оказании помощи при острой боли)	0,8	1
57.1.16	Аппликация лекарственного препарата на слизистую оболочку полости рта, 1 сеанс	0,5	0,5
57.1.17	Диатермокоагуляция одного десневого сосочка, содержимого одного канала	0,5	0,5
57.1.18	Снятие пломбы	1	1
57.1.19	Трепанация зуба, искусственной коронки	1	1
57.1.20	Электрометрия одного зуба	0,5	0,5
57.1.26	Покрывание одного зуба фторлаком, фторгелем	0	0,1
57.1.27	Местное применение реминерализующих препаратов в области от 1 до 4 зубов	0,12	0,12
57.1.28	Взятие материала на исследование	0,5	0,5
57.1.29	Лечение зубов под наркозом (плюсуется к каждому законченному виду работы).	0,5	0,5
57.1.30	Криотерапия (1 сеанс)	0,5	0,5
57.1.31	Чтение рентгенограмм с описанием их в амбулаторной карте	0,5	0,5
57.1.34	Премедикация	0,25	0
57.1.35	Врачебный прием стоматологический консультативный (для реализации постановления АВО от 28.02.2011 №103-п)	3	0
57.1.37	Прием стоматолога-терапевта повторный	0,5	0
57.1.40	Прием стоматолога-хирурга повторный	0,5	0,75
57.1.43	Прием детского стоматолога повторный	0	0,75
57.1.46	Прием зубного врача повторный	0,5	0,75
57.1.52	Прием стоматолога общей практики повторный	0,5	0,75
57.1.54	Проведение профессиональной гигиены одного зуба (снятие над-, поддесневых зубных камней, шлифовка, полировка)	0,1	0,1
57.1.55	Чтение ортопантомограммы с описанием её в амбулаторной карте	1,25	1,25
57.1.56	Обучение гигиене полости рта, санитарное просвещение пациента, консультация матери (сопровождающего лица)	1	1
57.1.57	Прием стоматолога-терапевта первичный	1,5	0
57.1.58	Прием стоматолога-хирурга первичный	1,5	2
57.1.59	Прием детского стоматолога первичный	0	2
57.1.60	Прием зубного врача первичный	1,5	2



57.1.61	Прием стоматолога общей практики первичный	1,5	2
57.2.	Услуги на терапевтическом приеме		
57.2.1	Герметизация фиссур 1 зуба фторцементом	0,5	0,5
57.2.2	Лечение поверхностного кариеса методом серебрения 1 зуба	0	0,25
57.2.3	Препарирование кариозной полости и наложение одной пломбы из цемента при дефектах I, V класса по Блэку, кариес цемента корня (за исключением СИЦ)	1	1,25
57.2.4	Препарирование кариозной полости и наложение одной пломбы из цемента при дефектах II, III класса по Блэку, кариес цемента корня (за исключением СИЦ)	1,5	1,75
57.2.5	Препарирование кариозной полости и наложение одной пломбы из цемента при дефектах IV класса по Блэку, кариес цемента корня (за исключением СИЦ)	2	2,25
57.2.6	Наложение одной пломбы из амальгамы при среднем кариесе I, V класса по Блеку	0	1,75
57.2.7	Наложение одной пломбы из амальгамы при среднем кариесе II класса по Блеку	0	2
57.2.8	Наложение лечебной прокладки при глубоком кариесе	0,5	0,5
57.2.10	Препарирование кариозной полости при пломбировании композиционными материалами химического, светового отверждения и СИЦ (при использовании материалов, не входящих в ТП ОМС)	1	1,25
57.2.11	Наложение пломбы из цемента при осложненном кариесе (за исключением СИЦ)	0,5	0,75
57.2.12	Шлифовка и полировка пломбы (при использовании материалов, входящих в ТП ОМС)	0,5	0,5
57.2.13	Лечение пульпита ампутационным методом без наложения пломбы	2	2,75
57.2.14	Препарирование кариозной полости при биологическом методе лечения	0	1
57.2.15	Наложение медикаментов под временную пломбу, наложение лечебной пломбы	0,5	1
57.2.16	Раскрытие полости зуба, ампутация коронковой пульпы	1	2
57.2.17	Лечение одного хорошо проходимого корневого канала без применения средств резорбции	1	1,5
57.2.18	Лечение одного корневого канала с применением средств механического и химического расширения	2	2,5
57.2.19	Распломбировка одного корневого канала пломбированного цинк-эвгеноловой пастой	2	2,5
57.2.20	Распломбировка одного корневого канала пломбированного резорцин-формалиновой пастой	5	5,5
57.2.21	Распломбировка одного корневого канала пломбированного фосфат-цементом	6	0
57.2.22	Распломбирование одного канала под штифт	0	1,5
57.2.23	Фиксация парапальпарного штифта	0	2
57.2.24	Удаление назубных отложений ручным способом полностью (не менее 5 зубов) с обязательным указанием зубной формулы при заболеваниях пародонта	0,75	0,75
57.2.25	Вакуум-терапия (1 сеанс, проводится врачом)	0,5	0,5
57.2.26	Снятие и анализ окклюдодграммы	0,5	0,5
57.2.27	Избирательное пришлифовывание одного зуба	0,25	0,5
57.2.28	Наложение шины из лигатурной проволоки при заболеваниях пародонта	1	0
57.2.29	Кюретаж пародонтальных карманов в области двух зубов без отслаивания лоскута	1	1,5

57.2.30	Кюретаж пародонтальных карманов в области двух зубов с отслаиванием лоскута	4	4
57.2.31	Лечебная повязка при заболеваниях слизистой оболочки полости рта и пародонта	0,5	0,5
57.2.32	Медикаментозное лечение пародонтальных карманов: орошение	0,5	0,5
57.2.33	Медикаментозное лечение пародонтальных карманов: аппликация	0,5	0,5
57.2.34	Медикаментозное лечение пародонтальных карманов: инстилляция	0,5	0,5
57.2.35	Забор содержимого пародонтальных карманов для микробиологического исследования	0,5	0,5
57.2.36	Сеанс лечения заболевания слизистой оболочки полости рта	1	1
57.2.37	Препарирование кариозной полости и наложение пломбы из композитов химического отверждения при дефектах I, V класса по Блэку	2	2,25
57.2.38	Препарирование кариозной полости и наложение пломбы из композитов химического отверждения при дефектах II, III класса по Блэку	2,5	2,75
57.2.39	Препарирование кариозной полости и наложение пломбы из композитов химического отверждения при дефектах IV класса по Блэку	3,5	4,0
57.2.40	Наложение пломбы из стеклоиномерного цемента (при использовании материалов, входящих в ТП ОМС, включает в себя препарирование, наложение, полировку)	2	2
57.3	Услуги на хирургическом приеме (без учета анестезии)		
57.3.1	Удаление временного зуба	0,5	0,5
57.3.2	Удаление постоянного зуба	1	1
57.3.3	Удаление постоянного зуба с ортодонтической целью (простое)	0	1
57.3.4	Удаление постоянного зуба с ортодонтической целью (сложное)	0	1,5
57.3.5	Удаление постоянного зуба с ортодонтической целью с вмешательством на альвеолярном отростке	0	4,5
57.3.6	Сложное удаление зуба с разъединением корней	1,5	1,5
57.3.7	Сложное удаление зуба с выкраиванием слизисто-надкосточного лоскута и резекцией костной пластинки	3,5	4,6
57.3.8	Удаление ретенированного, дистопированного зуба (подтверждено рентгенологически)	4,5	5
57.3.9	Коррекция альвеолярного отростка	1	0
57.3.10	Перевязка послеоперационной раны в полости рта	1	1,5
57.3.11	Лечение альвеолита с ревизией лунки	1,25	1,5
57.3.12	Остановка кровотечения	1	1,5
57.3.13	Внутриротовый разрез с дренированием раны	1,5	2
57.3.14	Внеротовый разрез, дренирование	3	3,5
57.3.15	Перевязка после внеротового разреза	1	1
57.3.16	Резекция верхушки корня одного зуба	3	3,5
57.3.17	Резекция верхушки корня двух и более зубов	4	4,5
57.3.18	Иссечение доброкачественного новообразования мягких тканей полости рта (папиллома, фиброма, эпulis, гипертрофический гингивит)	2	2,5
57.3.19	Удаление ретенционной кисты - цистэктомия	3	3,5
57.3.20	Удаление ретенционной кисты - цистотомия	2	2,5
57.3.21	Иссечение капюшона	1,25	1,75
57.3.22	Коррекция уздечки языка, губы	2,5	3
57.3.23	Рассечение уздечки языка	0,5	0,5
57.3.24	Шинирование при переломах челюстей без смещения отломков	8	8,5
57.3.25	Шинирование при переломах челюстей со смещением отломков	9	9,5
57.3.26	Снятие шины с одной челюсти	1	1

57.3.27	ПХО раны без наложения швов	2	2
57.3.28	Наложение швов	1	1,5
57.3.29	Пластика перфорации верхнечелюстной пазухи	4	4,5
57.3.30	Биопсия слизистой оболочки полости рта	1,5	1,5
57.3.31	Биопсия пункционная	0,5	0,5
57.3.32	Бужирование протока слюнной железы	0,75	1
57.3.33	Склерозирующая терапия (1 сеанс)	1,5	0
57.3.34	Наложение повязки, компресса с участием врача	0	0,5
57.3.35	Вправление вывиха нижней челюсти	1	1
57.3.36	Компактостеотомия в области двух зубов	0	2,5
57.3.37	Гемисекция, ампутация корня зуба	3	0
57.3.38	Снятие швов	0,5	0,75
57.3.39	Реплантация однокорневого зуба или зачатка зуба	0	4,5
57.3.40	Сеанс лечения заболеваний слюнных желез, височнонижнечелюстного сустава	1	1
57.3.41	Вскрытие пародонтального абсцесса	0,5	0,5
57.3.42	Гингивопластика в области шести зубов	4,5	4,5
57.3.43	Вестибулопластика в области шести зубов	4	4
57.3.44	Лечение травмы зубов: ушиб	0	0,5
57.3.45	Лечение травмы зубов: вывих (консервативно)	0	0,5
57.3.46	Лечение травмы зубов: вывих (репозиция)	0	1,5
57.3.47	Лечение травмы зубов: вывих (лигатурное скрепление 1 зуб)	0	3,5
57.3.48	Перелом корня зуба (консервативное лечение)	0	0,5
57.3.49	Оголение коронки ретинированного зуба	0	3,5
57.3.50	Удаление доброкачественного образования кости (одонтома, остеома и др.)	5	5,5
57.3.51	Удаление камня из протока слюнной железы	4,5	4,5
57.3.52	Обучение пациента (законного представителя) по уходу за раневой поверхностью после операции или сложного удаления	0,5	0,5
57.4	Ортодонтические услуги		
57.4.38	Прием стоматолога-ортодонта первичный	0	1,9
57.4.39	Прием стоматолога-ортодонта повторный	0	1,25
57.4.40	Консультация ортодонта	0	1
57.4.41	Диспансерный прием ортодонта	0	1
57.4.42	Антропометрические измерения черепа	0	1,25
57.4.43	Анализ ортопантограммы	0	1,25
57.4.44	Анализ и расчет томограммы ВНЧС	0	2,5
57.4.45	Анализ моделей	0	1,25
57.4.46	Антропометрический анализ моделей	0	3,8
57.4.47	Антропометрический анализ телерентгенограммы головы	0	5,7
57.4.48	Клинические диагностические пробы Эшлера-Битнера и Ильиной-Маркосян	0	1,25
57.4.49	Определение вида смыкания зубных рядов с помощью лицевой дуги	0	9,5
57.4.50	Медицинское фотографирование	0	1,25
57.4.51	Составление плана ортодонтического лечения	0	1,9
57.4.52	Психологическая подготовка больного к ортодонтическому лечению	0	1,9
57.4.53	Получение оттиска альгинатной слепочной массой	0	1,25
57.4.54	Получение оттиска альгинатной слепочной массой при наличии ортодонтической аппаратуры	0	1,9

57.4.55	Изготовление диагностической или рабочей модели 1 челюсти из гипса	0	1,9
57.4.56	Изготовление диагностической или рабочей модели 1 челюсти из супергипса	0	2,5
57.4.57	Определение конструктивного прикуса	0	1,25
57.4.58	Активация ортодонтического аппарата	0	1,25
57.4.59	Коррекция ортодонтического аппарата или протетической конструкции	0	1,25
57.4.60	Перебазировка ортодонтического аппарата	0	1,9
57.4.61	Припасовка аппарата после починки	0	1,25
57.4.62	Временное шинирование 1 зуба	0	1,9
57.4.63	Обучение лечебной гимнастике	0	3,75
57.4.64	Контроль за выполнением лечебной гимнастики	0	1,9
57.4.65	Пальцевой массаж в области 1-2 зубов	0	1,25
57.4.66	Припасовка и наложение механически действующих одночелюстных съемных аппаратов с активными элементами (дугами, пружинами, винтами, упорами для языка)	0	1,25
57.4.67	Припасовка и наложение функционально-направляющих одночелюстных съемных аппаратов (двучелюстного действия) с накусочными площадками, наклонными плоскостями, окклюзионными накладками	0	1,9
57.4.68	Припасовка и наложение блоковых и каркасных аппаратов сочетанного действия (в том числе по типу активаторов)	0	1,9
57.4.69	Припасовка и наложение аппарата Твин-блока	0	3,75
57.4.70	Припасовка и наложение губного бампера	0	1,25
57.4.71	Припасовка и фиксация аппарата для ускоренного расширения верхней челюсти	0	5,7
57.4.72	Припасовка и фиксация аппарата Квадхеликс	0	2,5
57.4.73	Припасовка и наложение лицевой дуги с головной или шейной тягой	0	3,75
57.4.74	Припасовка и наложение лицевой маски Дилера, Петита и др.	0	3,75
57.4.75	Припасовка и наложение съемного протеза	0	1,9
57.4.76	Припасовка и наложение съемных сложных челюстно-лицевых протетических конструкций	0	3,75
57.4.77	Припасовка 1 коронки	0	1,25
57.4.78	Цементировка 1 коронки	0	1,25
57.4.79	Перебазировка пластмассовой коронки	0	1,25
57.4.80	Снятие ортодонтической коронки	0	1,25
57.4.81	Аксиография суставов	0	7,6
57.4.82	Электромиография (регистрация, расшифровка, заключение)	0	7,6
57.4.83	Распил базиса через винт	0	1
57.4.84	Активирование одного элемента съемного ортодонтического аппарата	0	0,25
57.5	Услуги гигиениста стоматологического		
57.5.1	Прием гигиениста стоматологического первичный	0,75	1
57.5.2	Прием гигиениста стоматологического повторный	0,5	0,75
57.5.3	Помощь при экстренных сопутствующих состояниях	1	1
57.5.4	Определение гигиенического индекса	0,5	0,5
57.5.5	Определение индекса РМА	0,5	0,5
57.5.6	Определение пробы Шиллера-Писарева	0,25	0,25
57.5.7	Витальное окрашивание кариозного пятна (1-4 зубов)	0,25	0,25
57.5.8	Анестезия аппликационная (плюсуется к видам работ)	0,25	0,25
57.5.9	Аппликация лекарственного препарата на слизистую оболочку полости рта (1 сеанс)	0,5	0,5
57.5.10	Определение кариесогенности зубного налета (окрашивание)	0,5	0,5

57.5.11	Обучение гигиене полости рта, санитарное просвещение пациента	0,75	0,75
57.5.12	Обучение, санитарное просвещение, консультация матери, сопровождающих лиц	0	1
57.5.13	Проведение контролируемой чистки зубов	0,5	0,5
57.5.14	Проведение профессиональной гигиены одного зуба (снятие над-, поддесневых зубных камней, шлифовка, полировка)	0,25	0,5
57.5.15	Местное применение фторсодержащих препаратов (1 -4 зубов)	0,12	0,12
57.5.16	Покрытие 1 зуба фторлаком, фторгелем	0,1	0,1
57.5.17	Герметизация фиссур 1 зуба (неинвазивная)	0,5	0,5
57.5.18	Местное применение реминерализующих препаратов (1 -4 зубов)	0,12	0,12
57.5.19	Ранняя диагностика кариеса (диагност)	0,5	0,5
57.5.20	Удаление мягкого зубного налета с помощью торцевых щеток для стоматологического наконечника и паст для профессиональной очистки и полировки зубов	3,0	3,0
57.5.21	Проведение микробиологических тестов на кислотообразующую микрофлору (по назначению врача)	0,5	0,5
57.5.22	Полоскания лекарственными препаратами (по назначению врача)	0,5	0,5
57.5.23	Ванночки при заболеваниях пародонта (по назначению врача)	0,5	0,5
57.5.24	Проведение забора слюны (для изучения pH слюны, буферной емкости слюны)- по назначению врача	0,5	0,5
57.5.25	Проведение забора материала для исследований (десневой жидкости, налета)	0,5	0,5
57.5.26	Определение резистентности эмали с помощью ТЭР-теста (по назначению врача)	0,5	0,5
57.5.27	Определение резистентности эмали с помощью GRT-теста (по назначению врача)	0,5	0,5
57.5.28	Составление индивидуального плана профилактики с регистрацией в амбулаторной карте	0,5	0,5

### 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.

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

Законченный случай госпитализации – это оказание пациенту в одной медицинской организации стационарной медицинской помощи от момента поступления в стационар (или дневной стационар, стационар на дому) до момента выписки, включая пребывание в одном или нескольких профильных отделениях и все оперативные вмешательства и иные медицинские технологии, выполненные в течение этого времени (за исключением высокотехнологичного лечения).

Оплата случаев проведения заместительной почечной терапии в стационарных условиях у пациентов, не находившихся ранее на хроническом диализе, производится по отдельным КСГ, принятым на территории Волгоградской области.

При необходимости госпитализации по различным поводам в стационар пациентов, находящихся на хроническом диализе, оплата диализа производится за законченный случай лечения заболевания при оплате медицинской помощи в условиях дневного стационара по

соответствующей КСГ из расчета одного месяца проведения заместительной почечной терапии. Одновременно с этим представляется случай госпитализации по соответствующей КСГ по основному поводу стационарного лечения.

Оплата случаев проведения заместительной почечной терапии пациентам, находящимся на «хроническом» диализе в условиях дневного стационара, производится за законченный случай лечения, включенный в соответствующую группу заболеваний (в том числе в клинико-статистические группы заболеваний) в условиях дневного стационара из расчета одного месяца лечения. Допустимо периодически одновременно с этим представлять к оплате случай лечения в условиях дневного стационара по КСГ 41 «Лекарственная терапия у больных, получающих диализ» (данная группа включает в себя затраты на лекарственные препараты для лечения и профилактики осложнений диализа) или по КСГ 42 «Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа».

Отнесение случая госпитализации к конкретной КСГ, а также к соответствующим группам при проведении заместительной почечной терапии, осуществляется на основании «Инструкции по группировке случаев госпитализации в клинико-статистические группы в условиях стационара, дневного стационара и стационара на дому на территории Волгоградской области с 01.01.2016».

В целях корректного оформления случаев оказания медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара (стационара на дому), имеющим дату окончания лечения с 01.01.2016, а также обеспечения достоверности учета фактически выполненных койко-дней стационарной медицинской помощи (пациенто-дней в условиях дневного стационара и стационара на дому) медицинской организации необходимо при формировании файла Реестра случаев (впоследствии – Реестров счетов) обязательно выполнять ряд условий заполнения полей разделов.

## I. Случаи оказания медицинской помощи в условиях стационара

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 профиль медицинской помощи, соответствующий профилю отделения (койки), в котором установлен диагноз основной, на основании Номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012г. № 555н, 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, 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 «Диагноз сопутствующего заболевания» заполняется в обязательном порядке в случае отнесения к КСГ, требующей в качестве дополнительного критерия код сопутствующего диагноза – указывается Код МКБ, соответствующий Сопутствующему заболеванию из пункта 29 «Диагноз стационара (при выписке)» статистической формы 066/у-02;

- поле «Диагноз осложнения заболевания» заполняется в обязательном порядке в случае отнесения к КСГ, требующей в качестве дополнительного критерия код диагноза осложнения заболевания - указывается Код МКБ, соответствующий Осложнению из пункта 29 «Диагноз стационара (при выписке)» статистической формы 066/у-02;
- поле «Код МЭС» заполняется в соответствии с приложением 7 к настоящему Тарифному соглашению;
- 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 врача, установившего диагноз основной, 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 «33» – за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе в клинико-статистические группы заболеваний) в стационарных условиях;
- в поле «Количество единиц оплаты медицинской помощи» указывается «1»;
- поле «Тариф» заполняется в соответствии с приложением 8 к настоящему Тарифному соглашению.

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 (или иной медицинской технологии, влияющей на группировку) 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 (или иной медицинской технологии, влияющей на группировку).

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 коек (графа 3 пункта 26 статистической формы 066/у-02), 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). 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 (для случаев медицинской реабилитации в условиях стационара – 1.11.2);

- 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 (1.11.2) в случае госпитализации в круглосуточном стационаре должно соответствовать количеству заполненных строк пункта 26 «Движение пациента по отделениям» статистической формы 066/у-02.

Количество койко-дней в случае госпитализации в условиях стационара 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 хирургических операций или иных медицинских технологий, влияющих на группировку (далее - медуслуги), информация о проведенных операциях 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, 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 медуслуги Номенклатуры медицинских услуг (далее – Номенклатура), утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 27.12.2011г. № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» в редакции приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 октября 2013 года № 794н (графа 6 пункта 27 статистической формы 066/у-02);
- в поле «Количество оказанных услуг» указывается количество проведенных операций (иных медуслуг);
- в поле «Тариф» указывается «0»;
- в поле «Специальность медработника, выполнившего услугу» указывается специальность врача, выполнившего операцию (иную медуслугу).

Количество разделов «Сведения об услуге» с кодами медуслуг по Номенклатуре в случае госпитализации должно соответствовать количеству наименований проведенных операций или иных медицинских технологий.

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».

Случаи проведения заместительной почечной терапии пациентам, не находившимся на хроническом диализе, в условиях стационара

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 профиль медицинской помощи, соответствующий профилю отделения (койки), в котором установлен диагноз основной, на основании Номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012г. № 555н, и должен соответствовать профилю оказанной медицинской помощи, указанному в аналогичном разделе «Сведения об услуге»;
- поля «Дата начала лечения» и «Дата окончания лечения» заполняются в соответствии с датой проведения процедуры заместительной почечной терапии (далее - ЗПТ);
- в поле «Диагноз основной» указывается Код МКБ, соответствующий диагнозу, по поводу которого проводится ЗПТ, и должен соответствовать диагнозу, указанному в аналогичном разделе «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 со следующей таблицей:

Код МЭС	Наименование проведенной услуги
1000901	Услуга гемодиализа интермитирующего низкопоточного в условиях стационара
1000902	Услуга гемодиализа интермитирующего высокопоточного в условиях стационара
1000903	Услуга гемодиализа в условиях стационара
1000905	Услуга гемодиализа интермитирующего продленного в условиях стационара
1000906	Услуга гемодиализа крови в условиях стационара
1000907	Услуга гемодиализа продленной в условиях стационара
1000913	День обмена проточного перитонеального диализа в условиях стационара

- поле «Результат обращения (госпитализации)» заполняется в соответствии с «Классификатором результатов обращений за медицинской помощью» для условия стационара - 109 – лечение продолжено;
- поле «Исход заболевания» заполняется в соответствии с «Классификатором исходов заболевания» для условия стационара - 103 – без перемен;
- в поле «Специальность лечащего врача» указывается специальность врача, проводившего процедуру ЗПТ, и должна соответствовать специальности врача, указанной в аналогичном разделе «Сведения об услуге»;
- в поле «Код способа оплаты медицинской помощи» указывается «33» – за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе в клинико-статистические группы заболеваний) в стационарных условиях;
- в поле «Количество единиц оплаты медицинской помощи» указывается «1»;
- поле «Тариф» заполняется в соответствии с приложением 8 к настоящему Тарифному соглашению.

Заполнение раздела «Сведения об услуге» является обязательным.

- В поле «Профиль оказанной медицинской помощи» указывается профиль медицинской помощи, соответствующий профилю отделения, в котором проведена процедура ЗПТ, 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 процедура и соответствует «Основному диагнозу» в разделе «Сведения о случае»;

- в поле «Код услуги» указывается код медуслуги Номенклатуры медицинских услуг в соответствии с таблицей:

Код номенклатуры медицинской услуги	Наименование услуги
A18.05.002.002	Гемодиализ интермитирующий низкопоточный
A18.05.002.001	Гемодиализ, гемодиализ интермитирующий высокопоточный
A18.05.011	Гемодиализация
A18.05.002.003	Гемодиализ интермитирующий продленный
A18.05.003	Гемофильтрация крови
A18.05.003.001	Гемодиализация продленная
A18.30.001.001	Проточный перитонеальный диализ

- в поле «Количество оказанных услуг» указывается «1»;
- в поле «Тариф» указывается «0»;
- в поле «Специальность медработника, выполнившего услугу» указывается специальность врача, выполнившего данную медуслугу.

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

Одновременно с услугами заместительной почечной терапии представляется случай госпитализации по КСГ.

#### 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 выписки, включая пребывание в одном или нескольких профильных отделениях с применением определенного метода высокотехнологичного специализированного лечения в соответствии с разделом I Приложения к Постановлению Правительства РФ от 19.12.2015 N1382.

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 Перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 19.12.2015 N1382, 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 с приложением 9 к настоящему Тарифному соглашению.

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 Перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 19.12.2015 N1382;
- 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» (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.

#### Медицинская помощь, предоставляемая в условиях дневных стационаров

При формировании счетов коды законченных случаев госпитализации по КСГ применяются медицинскими организациями в соответствии с основным диагнозом (заболеванием), в соответствии с разрешенными лицензией профилями медицинской помощи, оказываемой в дневных стационарах, а также развернутыми койками (местами).

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.

Отнесение случая госпитализации к конкретной группе КСГ осуществляется на основании «Группировщика КСГ ДС» и Инструкции по отнесению случаев к КСГ.

Контроль объемов оказанной медицинской организацией стационарзамещающей помощи производится по количеству случаев госпитализации.

При оформлении случаев лечения в дневном стационаре (стационаре на дому), оплачиваемых за законченный случай госпитализации, а также обеспечения достоверности учета фактически выполненных пациенто-дней необходимо при формировании файла Реестра счетов обязательно выполнять ряд условий заполнения полей разделов.

#### II. Случаи оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара (стационара на дому), в том числе случаи использования вспомогательных репродуктивных технологий

В разделе «Сведения о случае»:

- в поле «Условия оказания медицинской помощи» указывается «2» - дневной стационар;
- в поле «Вид помощи» указывается «31» – специализированная медицинская помощь, или «13» - первичная специализированная медико-санитарная помощь, или «12» - первичная врачебная медико-санитарная помощь;
- в поле «Профиль» указывается профиль медицинской помощи, соответствующий профилю отделения (койки) дневного стационара или стационара на дому, в котором установлен диагноз основной, на основании Номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России

- от 17.05.2012г. № 555н, 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, 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 «Диагноз сопутствующего заболевания» заполняется в обязательном порядке в случае отнесения к КСГ, требующей в качестве дополнительного критерия код сопутствующего диагноза – указывается Код МКБ, соответствующий Сопутствующему заболеванию из пункта 29 «Диагноз стационара (при выписке)» статистической формы 066/у-02;
  - поле «Код МЭС» заполняется в соответствии с приложением 10 к настоящему Тарифному соглашению;
  - 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 врача, установившего диагноз основной, 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 «43» – за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе в клинико-статистические группы заболеваний) в дневном стационаре;
  - в поле «Количество единиц оплаты медицинской помощи» указывается «1»;
  - поле «Тариф» заполняется в соответствии с приложением 11 к настоящему Тарифному соглашению.

Заполнение раздела «Сведения об услуге» является обязательным.

Пребывание пациента в одном профильном отделении дневного стационара описывается в одном разделе «Сведения об услуге». Информация о проведенном оперативном вмешательстве (или иной медицинской технологии, влияющей на группировку) передается также с помощью раздела «Сведения об услуге». В одном разделе «Сведения об услуге» передается информация о пребывании пациента в одном профильном отделении дневного стационара или информация о проведенном оперативном вмешательстве (или иной медицинской технологии, влияющей на группировку).

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 коек (графа 3 пункта 26 статистической формы

066/у-02), 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). Дата начала оказания первой услуги должна совпадать с датой начала лечения; 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 соответствующий код услуги из группы 55.1.\* – пациенто-день для учета объемов оказанной помощи в дневном стационаре (стационаре на дому);
- в поле «Количество оказанных услуг» проставляется количество фактических пациенто-дней; если дата начала и окончания оказания услуги совпадают, то количество пациенто-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 55.1.\* в случае госпитализации в дневном стационаре должно соответствовать количеству заполненных строк пункта 26 «Движение пациента по отделениям» статистической формы 066/у-02.

Количество пациенто-дней в случае госпитализации в условиях дневного стационара рассчитывается как сумма пациенто-дней, указанных в поле «Количество оказанных услуг» по каждой услуге (если дата начала лечения совпадает с датой окончания лечения, то количество пациенто-дней в случае должно быть равно 1).

В случае проведения хирургических операций или иных медицинских технологий, влияющих на группировку (далее - медуслуги), информация о проведенных операциях 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, 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 медуслуги Номенклатуры медицинских услуг (графа 6 пункта 27 статистической формы 066/у-02);
- в поле «Количество оказанных услуг» указывается количество проведенных операций;
- в поле «Тариф» указывается «0»;
- в поле «Специальность медработника, выполнившего услугу» указывается специальность врача, выполнившего операцию.

Количество разделов «Сведения об услуге» с кодами медуслуг по Номенклатуре в случае госпитализации должно соответствовать количеству наименований проведенных операций или иных медицинских технологий.

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».

Случаи проведения заместительной почечной терапии пациентам с терминальной стадией почечной недостаточности в условиях дневного стационара (стационара на дому)

С учетом пожизненного характера проводимого лечения и постоянное количество процедур в месяц у подавляющего количества пациентов случаи проведения ЗПТ представляются к оплате по итогам одного месяца лечения.

В разделе «Сведения о случае»:

- в поле «Условия оказания медицинской помощи» указывается «2» - дневной стационар;
- в поле «Вид помощи» указывается «31» – специализированная медицинская помощь, или «13» - первичная специализированная медико-санитарная помощь;
- в поле «Профиль» указывается профиль «нефрология» - 56, и должен соответствовать профилю оказанной медицинской помощи, указанному в одном из разделов «Сведения об услуге»;
- поле «Дата начала лечения» заполняется в соответствии с датой начала очередного периода оплаты (месяца лечения);
- поле «Дата окончания лечения» заполняется в соответствии с датой окончания очередного периода оплаты (месяца лечения);
- в поле «Диагноз основной» указывается Код МКБ N18.5 «Хроническая болезнь почки, стадия 5», и должен соответствовать диагнозу, указанному в каждом разделе «Сведения об услуге»;
- поле «Код МЭС» заполняется в соответствии с таблицей:

Код МЭС	Наименование законченного случая
2000912	Случай проведения перитонеального диализа в условиях дневного стационара в течение одного месяца
2000916	Случай проведения гемодиализа в условиях дневного стационара в течение одного месяца

- поле «Результат обращения (госпитализации)» заполняется в соответствии с «Классификатором результатов обращений за медицинской помощью» для условия дневного стационара;
- поле «Исход заболевания» заполняется в соответствии с «Классификатором исходов заболевания» для условия дневного стационара;
- в поле «Специальность лечащего врача» указывается специальность лечащего врача, и должна соответствовать специальности медработника, указанной в одном из разделов «Сведения об услуге»;
- в поле «Код способа оплаты медицинской помощи» указывается «43» – за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе в клинико-статистические группы заболеваний) в дневном стационаре;
- в поле «Количество единиц оплаты медицинской помощи» указывается «1»;
- поле «Тариф» заполняется в соответствии с приложением 11 к настоящему Тарифному соглашению.

Заполнение раздела «Сведения об услуге» является обязательным.

Информация о проведенной процедуре ЗПТ каждого типа (одинаковый код по Номенклатуре) передается с помощью раздела «Сведения об услуге». В одном разделе «Сведения об услуге» передается информация об одной процедуре.



- в поле «Профиль оказанной медицинской помощи» указывается профиль «нефрология» - 56, и должен соответствовать профилю оказанной медицинской помощи, указанному в разделе «Сведения о случае»;
- поля «Дата начала оказания услуги» и «Дата окончания оказания услуги» заполняются в соответствии с датой оказания услуги;
- поле «Диагноз» указывается Код МКБ N18.5 «Хроническая болезнь почки, стадия 5»;
- в поле «Код услуги» указывается соответствующий код услуги по номенклатуре в соответствии с таблицей:

Код медуслуги по номенклатуре	Наименование медицинской услуги
A18.05.002.002	Гемодиализ интермитирующий низкопоточный
A18.05.002.001	Гемодиализ интермитирующий высокопоточный
A18.30.001	Перитонеальный диализ

- в поле «Количество оказанных услуг» указывается «1»;
- в поле «Тариф» указывается «0»;
- в поле «Специальность медработника, выполнившего услугу» указывается специальность лечащего врача.

Количество разделов «Сведения об услуге» должно соответствовать количеству проведенных процедур в течение одного месяца лечения.

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».

Одновременно со случаем заместительной почечной терапии допустимо периодическое представление случая лечения по КСГ (№ 41 или 42 по МЗРФ).

Остальные поля разделов заполняются в обычном порядке.

### 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).

Оплата случаев проведения тромболитической терапии при остром коронарном синдроме бригадами скорой медицинской помощи вне медицинской организации производится за вызов скорой медицинской помощи по тарифам, учитывающим применение разных тромболитических средств.

В целях корректного оформления данных случаев, имеющих дату вызова с 01.01.2016, при формировании файла Реестра случаев (впоследствии – Реестров счетов) необходимо обязательно выполнять ряд условий заполнения полей разделов.

Случаи проведения тромболитической терапии при остром коронарном синдроме бригадами скорой медицинской помощи вне медицинской организации оформляются отдельным счетом, в номере которого содержится символ «В» (латинская буква).

В разделе «Сведения о случае»:

- в поле «Условия оказания медицинской помощи» указывается «4» – вне медицинской организации;
- в поле «Вид помощи» указывается «21» – скорая специализированная медицинская помощь;
- в поле «Форма оказания медицинской помощи» указывается «1» - экстренная;
- в поле «Профиль» указывается «84» - скорая медицинская помощь;
- в поле «Номер амбулаторной карты» указывается номер Карты вызова скорой медицинской помощи (форма 110/у);
- поля «Дата начала оказания услуги» и «Дата окончания оказания услуги» заполняются в соответствии с Датой вызова;
- в поле «Диагноз основной» указывается Код МКБ, соответствующий Основному диагнозу, по поводу которого проводился тромболитизис, этот же диагноз указывается в аналогичном разделе «Сведения об услуге»;
- в поле «Специальность лечащего врача» указывается специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь, в соответствии с Классификатором медицинских специальностей;
- в поле «Код врача, закрывшего талон» указывается СНИЛС медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь;
- поле «Код способа оплаты медицинской помощи» указывается «24» – вызов скорой медицинской помощи;

В разделе «Сведения об услуге»:

- В поле «Профиль» указывается «84» - скорая медицинская помощь;
- поля «Дата начала оказания услуги» и «Дата окончания оказания услуги» заполняются в соответствии с Датой вызова;
- поле «Диагноз» указывается Код МКБ, соответствующий Основному диагнозу, по поводу которого проводился тромболитизис, равен диагнозу на уровне «Сведения о случае»;
- в поле «Код услуги» указывается код выполненной услуги:

Код медуслуги	Наименование медицинской услуги
71.3.1	Вызов фельдшерской бригады скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии (применение актилизе)
71.3.2	Вызов фельдшерской бригады скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии (применение фортолезина)
71.3.3	Вызов фельдшерской бригады скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии (применение пулолазы)
71.3.4	Вызов фельдшерской бригады скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии (применение метализе)
71.3.5	Вызов врачебной бригады скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии (применение актилизе)
71.3.6	Вызов врачебной бригады скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии (применение фортолезина)

71.3.7	Вызов врачебной бригады скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии (применение пулолазы)
71.3.8	Вызов врачебной бригады скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии (применение метализе)

- в поле «Количество оказанных услуг» проставляется «1»;
- в поле «Тариф» указывается тариф данной услуги в соответствии с приложением 12 к настоящему Тарифному соглашению;
- в поле «Специальность медработника, выполнившего услугу» указывается специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь, в соответствии с Классификатором медицинских специальностей;
- в поле «Код врача, оказавшего медицинскую услугу» указывается СНИЛС медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь;

Информация о профиле медицинской помощи, диагнозе, указанная в разделе «Сведения о случае», должна соответствовать значениям в этих же полях раздела «Сведения об услуге».

Остальные поля разделов заполняются в обычном порядке.

#### 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.»