

ПРИКАЗ

Зинина 2015 г.

№ *402/144-1*

*Об утверждении Положения о порядке учета
медицинской помощи, оказанной
застрахованным по обязательному
медицинскому страхованию в рамках
Программы государственных гарантий
бесплатного оказания населению Владимирской
области медицинской помощи*

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 №158н, постановлением Правительства Российской Федерации от 28.11.2014 № 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов»; постановлением администрации Владимирской области от 24.12.2014 № 1330 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Владимирской области медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов», приказом ФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» и иными нормативными правовыми актами, а также в целях реализации требований тарифного соглашения, **п р и к а з ы в а е м:**

1. Утвердить Положение о порядке учета медицинской помощи, оказанной застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Владимирской области медицинской помощи (далее - Положение), согласно приложению № 1.

2. Руководителям медицинских организаций обеспечить исполнение Положения при учете медицинской помощи, оказанной застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в рамках Программы

государственных гарантий бесплатного оказания населению Владимирской области.

3. Рекомендовать страховым медицинским организациям, осуществляющим деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Владимирской области, учитывать Положение при осуществлении контроля объемов, сроков, качества, условий предоставления и оплате медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

4. Настоящий приказ вступает в силу с 1 июля 2015 года.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора департамента здравоохранения администрации Владимирской области Л.В. Быкову и заместителя директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Владимирской области Е.В. Орос.

Директор департамента
здравоохранения администрации
Владимирской области


А.В. Кирюхин

Директор территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Владимирской области


О.М. Ефимова

ПОЛОЖЕНИЕ

о порядке учета медицинской помощи, оказанной застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Владимирской области медицинской помощи

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Положение о порядке учета медицинской помощи, оказанной застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Владимирской области медицинской помощи (далее – Положение) разработано в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»; Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н; постановлением Правительства Российской Федерации от 28.11.2014 № 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов»; приказом Федерального фонда от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» постановлением администрации Владимирской области от 24.12.2014 № 1330 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Владимирской области медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов», другими законодательными и нормативными актами по обязательному медицинскому страхованию.

1.2. Положение определяет порядок учета медицинской помощи оказанной застрахованным лицам медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования на территории Владимирской области, для последующей оплаты в системе обязательного медицинского страхования.

1.3. Учет медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, осуществляется в целях формирования реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию(далее - Договор) и лицензией на медицинскую деятельность, по тарифам и способам оплаты медицинской

помощи, утвержденным Тарифным соглашением.

1.4. Медицинские организации ведут персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 25.01.2011 № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования».

1.5. Информационное взаимодействие в системе обязательного медицинского страхования Владимирской области осуществляется в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79 (в ред. от 26.12.2013) «Об утверждении общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».

Обмен информацией осуществляется по электронным каналам связи, включая сеть «Интернет», с использованием системы криптографической защиты каналов связи ViPNet.

Сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи относятся к информации ограниченного доступа и подлежат защите в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1.6. Реестры счетов и счета на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, предоставляются ежемесячно в сроки, определенные Договором.

При оформлении реестров счетов основной диагноз необходимо кодировать с использованием трех или четырехзначных подрубрик МКБ-10 (например, N44.2, S35.1, Z00.1, D24).

1.7. Реестры счетов и счета на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам во Владимирской области, предоставляется в страховую медицинскую организацию, в которой человек застрахован на дату окончания лечения.

1.8. Реестры счетов и счета на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в других субъектах Российской Федерации, предоставляются в ТФОМС Владимирской области оплачиваются по видам медицинской помощи и в объеме базовой программы ОМС.

1.9. Учет медицинской помощи в связи с причинением вреда здоровью вследствие тяжелого несчастного случая на производстве, в системе обязательного медицинского страхования не осуществляется.

1.10. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – Контроль) осуществляется страховыми медицинскими организациями и ТФОМС Владимирской области в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 (в ред. Приказов

ФФОМС от 16.08.2011 N 144, от 21.07.2015 N 130) «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

1.11. В случае выявления по результатам Контроля неисполнения медицинской организацией условий заключенного Договора применяются меры, определенные Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) согласно приложению № 27 к Тарифному соглашению.

2. Порядок учета медицинской помощи, оказанной застрахованным по обязательному медицинскому страхованию

2.1. Первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях

Единицами учета первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях являются:

- посещение;
- обращение по поводу заболевания;
- медицинская услуга (отдельные диагностические, лабораторные, инструментальные исследования и др.).

Посещение является единицей объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической и лечебно-диагностической целью, с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного.

К посещениям с профилактической целью относятся:

- медицинский осмотр (посещения в центры здоровья);
- диспансеризация определенных групп населения, при этом при учете медицинской помощи, связанной с проведением различного вида диспансеризаций, один законченный случай диспансеризации равен одному посещению с профилактической целью.
- комплексный медицинский осмотр;
- патронаж;
- посещения с иными целями (разовые посещения по поводу заболевания, посещения, связанные с диагностическим обследованием, оформление санаторно-курортной карты и других медицинских документов), требующие осмотра врачей-специалистов.

К посещениям с целью оказания медицинской помощи в неотложной форме относятся посещения при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента. Оказание неотложной медицинской помощи лицам, обратившимся с

признаками неотложных состояний, осуществляется в амбулаторных условиях в отделениях (кабинетах) неотложной медицинской помощи и/или на дому.

Обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания. Под законченным случаем лечения заболевания в амбулаторных условиях понимается объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, либо пациент направляется в дневной стационар или на госпитализацию в круглосуточный стационар. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона амбулаторного пациента.

Медицинская услуга (отдельное диагностическое, лабораторное, инструментальное исследования и др.). – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

2.1.1. Учету и оплате подлежат:

1) посещения врачей любых специальностей, входящих в систему ОМС, ведущих амбулаторный, в том числе консультативный прием, включая заведующего отделением.

Примечание: посещения в течение дня больным одного и того же врача (физического лица) учитываются как одно посещение.

2) посещения в Центр здоровья к врачу, прошедшему тематическое усовершенствование по формированию здорового образа жизни и медицинской профилактике, впервые в отчетном году для проведения комплексного обследования, а также повторно, для динамического наблюдения по рекомендации врача Центра здоровья. Посещения кодируются четырехзначными подрубриками кода Z72.

3) посещения групповых занятий при проведении врачами школы матери и ребенка, школы бронхиальной астмы, школы гипертонической болезни, углубленного профилактического консультирования и т.д.).

Число посещений учитывается по числу больных, занимающихся в группе, кодируются как Z71.9 – медицинский совет.

4) посещения при оказании медицинской помощи в приемных отделениях стационаров пациентам, не подлежащим госпитализации, для учета которых помимо записи в «Журнале учета приема больных и отказов в госпитализации» (ф.№001/у), заполняется талон амбулаторного пациента.

5) посещения граждан при постановке на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу по контракту, поступлении в военные образовательные учреждения профессионального образования и призыве на военные сборы. Кодируются такие посещения, если гражданин здоров, как Z 00.3 и возраст 15 - 17 лет включительно, и как Z00.0 в возрасте старше 18 лет, если

установлено заболевание, то соответствующим кодом по МКБ-10.

6) посещения к врачам-специалистам на консультативный прием в смотровых кабинетах при оказании стоматологической помощи, в консультативных поликлиниках и на консультативный прием к главным специалистам. Направление на консультативный прием к главным специалистам осуществляется в соответствии с перечнем главных специалистов, утвержденным департаментом здравоохранения Владимирской области. При формировании реестров счетов главные специалисты должны иметь индивидуальный код специалиста.

7) посещения в случаях, когда в ходе проводимого диагностического обследования впервые выявлено социально значимое инфекционное заболевание (код заболеваний по МКБ-10 – A15 – A19 «туберкулёз»; A50 – A64 «инфекции, передающиеся преимущественно половым путём»; B20 – B24 «болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)»), при этом подлежат оплате все посещения, включая последнее, когда выставляется заключительный диагноз.

8) посещения к врачу перед прививкой, постановкой реакции Манту и однократный (в случае отсутствия патологической реакции) врачебный осмотр через три дня после постановки реакции Манту с целью оценки результатов пробы.

При осмотре перед прививкой и постановке детям с профилактической целью реакции Манту используются следующие коды по МКБ-10:

- Z00.1 – для детей в возрасте от 0 до 2 лет включительно;
- Z00.2 – для детей в возрасте от 3 до 14 лет включительно;
- Z00.3 – для подростков в возрасте от 15 до 17 лет включительно.

В случае проведения реакции Манту с диагностической целью (при подозрении на заболевание) используется код Z03.0.

9) посещения врачом-педиатром беременных с профилактической целью (дородовый патронаж – код Z33 – Z36). Оплата производится по тарифу посещения с профилактической целью.

10) посещения беременных (в том числе в возрасте до 17 лет включительно) к врачам-специалистам по поводу экстрагенитальной патологии, в том числе к специалистам женских консультаций, применяется код O21 – O29, O98 – O99 или при профилактическом осмотре Z34.

11) посещения с целью проведения сеанса амбулаторного диализа пациенту, в том числе находящемуся на стационарном лечении по другим причинам, при этом оплата производится как за лечение в стационаре, так и за процедуру гемодиализа.

12) посещения по поводу выдачи выписок из медицинской документации и справок о состоянии здоровья по запросам учреждений и пациентов, в случае

необходимости осмотров врачей-специалистов, с последующей записью в медицинской карте амбулаторного пациента.

13) посещения к участковому врачу-терапевту, врачу общей практики (семейному врачу), педиатру, по поводу диспансеризации определенных групп взрослого населения, пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.

Оплата первого этапа диспансеризации и медицинских осмотров осуществляется по тарифам на законченный случай первого этапа. При отсутствии выявленных заболеваний использовать код по МКБ-10 - Z13.9.

Оплата посещений к врачам на втором этапе диспансеризации, медицинских осмотров несовершеннолетних осуществляется по тарифам посещений к специалисту соответствующего профиля.

Посещения к врачам специалистам на втором этапе диспансеризации, медицинских осмотров учитываются и выставляются на оплату медицинской организацией, по месту прохождения осмотра.

При учете посещений на втором этапе диспансеризации с целью получения результатов диспансеризации или медицинских осмотров использовать код по МКБ-10 – Z71.2.

Для каждого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью формируются отдельные реестры счетов:

- реестр счетов 1 этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения,
- реестр счетов 2 этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения.
- реестр счетов 1 этапа диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации,
- реестр счетов 2 этапа диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации,
- реестр счетов 1 этапа диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью,
- реестр счетов 2 этапа диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.

В случае привлечения врачей-специалистов других медицинских организаций результаты осмотров и исследований фиксируются в форме 027/у «Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного» и передаются в медицинскую организацию, ответственную за проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения, пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.

14) посещения по поводу профилактических медицинских осмотров и медицинских осмотров несовершеннолетних (заключительный медицинский осмотр гражданина врачом-терапевтом, врачом-педиатром, заполнение паспорта здоровья) проводимые медицинскими организациями в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 декабря 2012 г. №1011н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра», от 21.12.2012 № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них».

Для посещений по поводу профилактических медицинских осмотров, а также для каждого этапа медицинских осмотров несовершеннолетних формируются отдельные реестры счетов:

- реестр счетов 1 этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних,
- реестр счетов 2 этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних,
- реестр счетов 1 этапа предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних,
- реестр счетов 2 этапа предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних,
- реестр счетов периодических медицинских осмотров несовершеннолетних,
- реестр счетов профилактических медицинских осмотров.

При отсутствии выявленных заболеваний использовать код основного диагноза – Z10.0 – «Профессиональное медицинское обследование»;

15) обращение по поводу заболевания;

16) отдельное диагностическое исследование, медицинская услуга (при этом могут выполняться и учитываться несколько исследований в один день), к которым относятся:

- ультразвуковая диагностика (исследование сосудов дуги аорты, сосудов головного мозга, исследование артерий и вен верхних и нижних конечностей);

- функциональная диагностика (стресс- ЭХОКГ);
- клиническая лабораторная диагностика (определение свободной бета-субъединицы ХГ; ИФА на ВПГ, ЦМВ, токсоплазму, краснуху, хламидии; определение альфафетопротеина, свободного эстриола, тиреотропного гормона и тироксина свободного(Т4), бета-ХГ во втором триместре);
- прижизненное патологоанатомическое исследование;
- иммуногистохимическая диагностика (при доброкачественных и злокачественных новообразованиях);
- введение иммуноглобулина человека (антирезус).

Направление для проведения медицинской услуги (отдельного диагностического, лабораторного, инструментального исследования и др.), а также запись о проведенной медицинской услуге (отдельном диагностическом, лабораторном, инструментальном исследовании и др.) фиксируется в «Медицинской карте амбулаторного больного» (учетная форма № 025/у-04) или в «Индивидуальной карте беременной и родильницы» (учетная форма № 111/у).

Оплата по отдельным видам диагностических исследований, медицинских услуг производится по утвержденным тарифам наряду с оплатой другой медицинской помощи в полном объеме (посещение, обращение). Отдельные диагностические исследования, проводимые в медицинских организациях, выставляются на оплату отдельными реестрами счетов.

Учетной формой для формирования реестров счетов за медицинскую услугу (отдельное диагностическое, лабораторное, инструментальное исследование и др.) является «Талон амбулаторного пациента», который заполняется в соответствующем диагностическом, процедурном кабинете.

2.1.2. Учету и оплате не подлежат:

- 1) медицинские освидетельствования, проводимые военно-врачебной комиссией с целью определения годности граждан к военной службе;
- 2) посещения по поводу инфекций, передающихся преимущественно половым путём, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита, психических расстройств, расстройств поведения и наркологических заболеваний;
- 3) посещения по поводу выдачи справок: о допуске к управлению транспортным средством, о допуске к ношению оружия;
- 4) посещения в стоматологии с целью проведения:
 - восстановления зуба пломбировочными материалами с использованием анкерных штифтов;
 - операции установки имплантатов для дальнейшего зубопротезирования;- устранения косметических и эстетических нарушений зубочелюстной системы,

зубных рядов, в т.ч. реставрация зубов в косметических целях, а также удаление и депульпирование интактных зубов перед протезированием.

- ортодонтическая помощь детям в части лечения косметических и эстетических нарушений зубных рядов с использованием дорогостоящей техники и материалов (лечение брекеты-системами, ЛМ-активаторами);

- ортодонтическая помощь взрослым;

- ортопедическая помощь в стоматологии;

5) посещения к врачам амбулаторно-поликлинического звена пациентов, находящихся на стационарном лечении, за исключением случаев оказания неотложной помощи по стоматологии.

2.2. Учет специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара

Единицей учета медицинской помощи в условиях стационара является законченный случай лечения:

- по заболеванию, включенному в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний;

- по профилю «Медицинская реабилитация»;

- по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара.

Учет медицинской помощи с последующей оплатой стационарной помощи осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (далее – КСГ) или клинико-профильную группу заболеваний (далее – КПП).

Формирование КСГ/КПП осуществляется на основе совокупности следующих основных параметров, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов:

1. Основные классификационные критерии

- диагноз по МКБ-10;

- хирургическая операция и/или другой применяемый специальный метод лечения, сложная медицинская технология код по номенклатуре медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 года № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (далее- Номенклатура);

2. Дополнительные классификационные критерии:

- возрастная категория пациента;

- сопутствующий диагноз или осложнения заболевания (код по МКБ-10);
- пол пациента;
- длительность лечения.

При наличии хирургических операций и/или других применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к конкретной КСГ заболеваний осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры.

При наличии нескольких хирургических операций и/или применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет более высокий коэффициент относительной затратноёмкости.

При отсутствии хирургических операций и/или применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к той или иной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10.

При отсутствии хирургических операций и/или применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к той или иной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10.

Если пациенту оказывалось оперативное лечение и затратноёмкость группы, к которой был отнесен данный случай в соответствии с кодом Номенклатуры, меньше затратноёмкости группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом МКБ 10, оплата осуществляется по группе с наибольшим коэффициентом. Данный подход не применяется для отдельных комбинаций КСГ (таблица № 1), при которых наличие операции не позволяет использовать соответствующую им КСГ по диагнозу:

Таблица № 1

КСГ, к которой случай мог бы относиться на основании кода диагноза по МКБ 10		КСГ, к которой случай должен быть отнесен на основании кода услуги по Номенклатуре	
№ КСГ	Наименование КСГ по диагнозу	№ КСГ	Наименование КСГ по услуге

КСГ, к которой случай мог бы относиться на основании кода диагноза по МКБ 10		КСГ, к которой случай должен быть отнесен на основании кода услуги по Номенклатуре	
№ КСГ	Наименование КСГ по диагнозу	№ КСГ	Наименование КСГ по услуге
7	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	13	Операции на женских половых органах (уровень 1)
7	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	14	Операции на женских половых органах (уровень 2)
8	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов	13	Операции на женских половых органах (уровень 1)
22	Неинфекционный энтерит и колит	64	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
81	Дорсопатии, спондилопатии, переломы позвоночника	193	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)
81	Дорсопатии, спондилопатии, переломы позвоночника	196	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)
143	Болезни глаза	138	Операции на органе зрения (уровень 1)
166	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети	245	Операции на органах полости рта (уровень 1)
244	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые	245	Операции на органах полости рта (уровень 1)
200	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера мочевых органов и мужских половых органов	37	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1)
226	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани	211	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)

При наличии операции, соответствующей приведенным в таблице КСГ, отнесение случая должно осуществляться только на основании услуги Номенклатуры. Отнесение данных случаев на основании кода диагноза МКБ 10 к терапевтической группе исключается.

Затраты по лечению больных в реанимационном отделении учтены в тарифах по законченному случаю лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ/КПП.

В случае проведения пациенту с хронической почечной недостаточностью в

период его нахождения в стационаре заместительной почечной терапии методом гемодиализа, учитываются и предъявляются к оплате проведенные сеансы по тарифу на посещение с целью проведения сеанса амбулаторного гемодиализа, а также за лечение в стационаре по стоимости КСГ/КПП.

2.2.1. Учет медицинской помощи с последующей оплатой случаев сверхкороткого лечения в условиях круглосуточного стационара

К сверхкоротким срокам лечения относятся случаи, при которых длительность госпитализации менее 3 дней.

При проведении пациенту хирургической операции, являющейся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости КСГ, кроме следующих случаев оказания медицинской помощи с длительностью лечения до 3 дней, оплата которых осуществляется в полном объеме:

№ КСГ	Наименование КСГ
4	Родоразрешение
5	Кесарево сечение
8	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов
9	Беременность, закончившаяся абортным исходом
11	Искусственное прерывание беременности (аборт)
13	Операции на женских половых органах (уровень затрат 1)
14	Операции на женских половых органах (уровень затрат 2)
20	Ангинефротический отек, анафилактический шок
134	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
135	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
138	Операции на органе зрения (уровень затрат 1)
159	Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения
177	Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1)
226	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани
245	Операции на органах полости рта (уровень 1)

Сверхкороткие случаи лечения, при которых не проводилось хирургическое вмешательство, оплачиваются в размере 25% от стоимости КСГ (при этом основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз).

2.2.2. Учет медицинской помощи в условиях стационара при переводе пациентов из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в

другое (в том числе из круглосуточного стационара в дневной), в случае если это обусловлено возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе из одной медицинской организации в другую, случаи лечения учитываются и предъявляются к оплате в последующем по двум КСГ. При этом по каждому случаю лечения должна быть проведена медико-экономическая экспертиза или при необходимости экспертиза качества медицинской помощи.

При переводе из одного отделения в другое (в том числе из круглосуточного стационара в дневной), в одной медицинской организации и в случае, если заболевание относится к одному классу МКБ-10, учитывается и предъявляется к оплате один случай лечения по КСГ с наибольшим коэффициентом относительной затратноёмкости.

2.2.3. Учет специализированной медицинской помощи в условиях стационара по профилю «Медицинская реабилитация»

Единицей учета специализированной медицинской помощи в условиях стационара по профилю «Медицинская реабилитация» является законченный случай лечения.

Объемы специализированной медицинской помощи в условиях стационара по профилю «Медицинская реабилитация» выставляются на оплату отдельными реестрами счетов.

2.2.4. Учет высокотехнологичной медицинской помощи

Организация оказания высокотехнологичной помощи осуществляется в соответствии с порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2014 № 930н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы».

Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи оплачиваемых в рамках программы ОМС, утвержден Постановлением Правительства Российской Федерации от 28.11.2014 года № 1273 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и плановый период 2016 и 2017 годов» (раздел I).

Учет высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной в условиях стационара и не вошедшей в КСГ/КПГ, осуществляется за законченный случай госпитализации по нормативам финансовых затрат.

Законченный случай оказания ВМП предъявляется к оплате при условии выполнения стандартов при оказании дорогостоящей (высокотехнологичной)

медицинской помощи и соблюдении медицинских технологий и методов лечения.

При оказании высокотехнологичной медицинской помощи к оплате по нормативу финансовых затрат может быть предъявлен только один законченный случай лечения за период госпитализации.

Случаи оказания высокотехнологичной медицинской помощи выставляются на оплату отдельными реестрами счетов.

При направлении в медицинскую организацию, в том числе федеральную медицинскую организацию, с целью комплексного обследования и предоперационной подготовки пациентов, которым в последующем необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по КСГ, формируемой по коду МКБ 10 либо по коду Номенклатуры, являющимся классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования.

После оказания в медицинской организации, в том числе федеральной медицинской организации, высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи учитываются и подлежат оплате по соответствующей КСГ.

При оказании ВМП одновременно оплата по КСГ специализированной помощи одному пациенту осуществляться не может.

2.3. Учет первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в условиях дневных стационаров всех типов

Единицей учета медицинской помощи в дневных стационарах всех типов является законченный случай лечения:

- заболевания, включенного в соответствующую клинико-профильную группу (далее-КПГ);
- заболевания в дневном стационаре однодневного пребывания.

Учету с последующей оплатой подлежит медицинская помощь, оказываемая в условиях дневного стационара (дневных стационарах при поликлинике, стационарах дневного пребывания при стационарах, стационарах на дому) за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую КПГ.

Формирование КПГ осуществляется на основе профилей медицинской деятельности в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от

17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи» и письмом Минздрава России от 15.12.2014 № 11-9/10/2-9454.

При условии пребывания пациента в стационаре однодневного пребывания и оказания медицинской помощи, с применением вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), оплата оказанной медицинской помощи осуществляется за законченный случай лечения заболевания в однодневном стационаре.

К профилям стационаров однодневного пребывания относятся следующие – «акушерство и гинекология» (только в части проведения мини-абортов), «кардиология», «педиатрия» и «терапия».

Реестр счетов и счет на оплату медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах, заполняется на основании «Карты больного дневного стационара поликлиники (стационара на дому, стационара дневного пребывания при стационаре)» форма № 003-2/у.

2.3.1 Учет случаев сверхкороткого лечения в условиях дневных стационаров

К сверхкоротким срокам лечения относятся случаи, при которых длительность госпитализации менее 3 дней.

При условии проведения пациенту хирургической операции, являющейся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к КПП, случай оплачивается в размере 80% от стоимости КПП.

Сверхкороткие случаи лечения, при которых не проводилось хирургическое вмешательство, оплачиваются в размере 15% от стоимости, соответствующей КПП.

По каждому сверхкороткому случаю оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара должна быть проведена медико-экономическая экспертиза, а при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

2.3.2. Учет случаев при переводе пациентов из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями.

При переводе пациента из одного отделения дневного стационара в другое отделение дневного стационара, а также при переводе из круглосуточного стационара на долечивание в дневной стационар (и наоборот) дата окончания лечения в одном отделении не должна соответствовать дате начала лечения в другом отделении.

При переводе пациента из круглосуточного стационара на долечивание в дневной стационар (и наоборот), из одной медицинской организации в другую случаи лечения учитываются и предъявляются к оплате в последующем по двум КПП.

При этом по каждому случаю лечения должна быть проведена медико-экономическая экспертиза или, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

При переводе пациента из одного отделения дневного стационара в другое отделение дневного стационара в одной медицинской организации, учитывается и предъявляется в последующем к оплате один случай лечения по КПП с наибольшим коэффициентом относительной затратёмкости.

Для проведения медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в медицинской организации должно быть обеспечено централизованное хранение медицинских карт больных дневных стационаров.

При дублировании сроков лечения в отделении дневного стационара со сроками лечения в круглосуточном стационаре в разных или в одной и той же медицинской организации, или в другом дневном стационаре одной и той же медицинской организации, или в дневном стационаре другой медицинской организации, отклоняются от оплаты оба случая полностью до момента получения результатов медико-экономической экспертизы.

2.4. Учет скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

Скорая медицинская помощь, в том числе скорая специализированная медицинская помощь, оказывается гражданам в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Единицей учета скорой медицинской помощи, оказанной станцией (отделением) скорой медицинской помощи вне медицинской организации является – **вызов** скорой медицинской помощи.

Учету и оплате подлежат вызовы скорой медицинской помощи по страховым случаям, оплачиваемым в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, с последующим оформлением «Карты вызова скорой медицинской помощи» - учетная форма №110/у.

2.4.1. Учету не подлежат вызовы скорой медицинской помощи, являющиеся безрезультатными

К безрезультатным вызовам скорой медицинской помощи относятся случаи, когда:

- пациент не найден на месте;
- вызов был ложным (по данному адресу скорую медицинскую помощь не вызывали);
- адрес не найден;
- пациент увезен до прибытия бригады скорой медицинской помощи;

- пациент обслужен врачом поликлиники до прибытия бригады скорой помощи;
- вызов отменен;
- пациент умер до приезда скорой медицинской помощи.

Учету и оплате из средств обязательного медицинского страхования не подлежат дежурства бригад скорой медицинской помощи при проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и других).