



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

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

ОКПО 22585604, ОГРН 1023403856123. ИНН 3445916210, КПП 344401001

26 декабря 2014 г. № 12 – 20 – 861  
на № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2014 г.

Руководителям медицинских организаций

Директорам филиалов  
«ТФОМС Волгоградской области»

Руководителям СМО

О формировании Реестров сведений (счетов) при использовании способа оплаты медицинской помощи за законченный случай госпитализации, входящий в клинико-статистическую группу в условиях стационара и дневного стационара (стационара на дому) в 2015 году

Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области» доводит до Вашего сведения следующую информацию.

Оплата стационарной и стационарзамещающей медицинской помощи, оказанной в 2015 году, будет производиться за законченный случай госпитализации, входящий в клинико-статистическую группу (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.

Отнесение законченного случая госпитализации к конкретной КСГ 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 01.01.2015».

В целях корректного оформления случаев оказания медицинской помощи, оплачиваемых за законченный случай госпитализации, входящий в клинико-статистическую группу, имеющим дату окончания лечения с 01.01.2015, а также обеспечения достоверности учета фактически выполненных койко-дней стационарной медицинской помощи (пациенто-дней в условиях дневного стационара) 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 Классификатором клинико-статистических групп (КСГ) (будет предоставлен дополнительно);
- 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 со Справочником тарифов (будет предоставлен дополнительно).

**Заполнение раздела «Сведения об услуге» является обязательным.**

Пребывание пациента в одном профильном отделении стационара описывается в одном разделе «Сведения об услуге». Информация о проведенном оперативном вмешательстве (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».**

## **II. Случаи оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара (стационара на дому)**

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 Классификатором КСГ (будет предоставлен дополнительно);
- 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 со Справочником тарифов (будет предоставлен дополнительно).

**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:

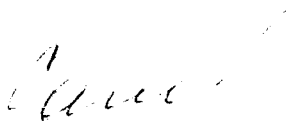
- в поле «**Профиль оказанной медицинской помощи**» указывается профиль медицинской помощи, соответствующий профилю отделения, в котором проведена операция, на основании Номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012г. № 555н;
- 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».**

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

Директор



Т.В. Самарина