



**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](mailto:general@volgatfoms.ru). <http://www.volgatfoms.ru>

ОКПО 22585604, ОГРН 1023403856123, ИНН 3445916210, КПП 344401001

24.06. 2014 г. № 12 – 20 – 315

Руководителям медицинских организаций

Директорам филиалов  
«ТФОМС Волгоградской области»

Руководителям СМО

О формировании Реестров сведений (счетов) при использовании способа оплаты стационарной медицинской помощи при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, финансируемой за счет средств ОМС

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

Высокотехнологичная медицинская помощь, финансируемая из средств обязательного медицинского страхования в 2014 году, оплачивается за законченный случай госпитализации, включенный в соответствующую клинико-статистическую группу, а методы ВМП, на которые установлен норматив финансирования на единицу объема – за законченный случай лечения заболевания при оказании высокотехнологичной медицинской помощи.

В связи с утверждением с 01.07.2014 по ряду методов ВМП региональных нормативов финансирования на единицу объема, оплата стационарной высокотехнологичной медицинской помощи, финансирование которой в 2014 году осуществляется из средств обязательного медицинского страхования по нормативам финансовых затрат, принятым на уровне региона (далее – региональный норматив), будет производиться за законченный случай лечения заболевания при оказании высокотехнологичной медицинской помощи.

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 II приказа МЗ РФ №916н от 10.12.2013 «О перечне видов высокотехнологичной медицинской помощи».

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

В целях корректного оформления случаев оказания высокотехнологичной специализированной стационарной помощи, оплачиваемых за законченный случай

лечения заболевания, а также обеспечения достоверности учета фактически выполненных койко-дней стационарной медицинской помощи медицинской организации необходимо при формировании файла Реестра случаев (впоследствии – Реестров счетов) обязательно выполнять ряд условий заполнения полей разделов.

В разделе «Сведения о случае»:

- в поле **«Условия оказания медицинской помощи»** указывается «1» – стационарные;
- в поле **«Вид помощи»** указывается «32» – высокотехнологичная специализированная медицинская помощь;
- поле **«Вид высокотехнологичной медицинской помощи»** заполняется в обязательном порядке на основании Классификатора видов ВМП V018;
- поле **«Метод высокотехнологичной медицинской помощи»** заполняется в обязательном порядке на основании Классификатора методов ВМП V019;
- в поле **«Профиль»** указывается профиль медицинской помощи, соответствующий профилю применяемого в случае метода высокотехнологичной специализированной медицинской помощи, на основании приказа МЗ РФ №916н от 10.12.2013, и должен соответствовать профилю оказанной медицинской помощи, указанному в одном из разделов «Сведения об услуге»;
- поле **«Дата начала лечения»** заполняется в соответствии с пунктом 20 «Дата поступления в приемное отделение» статистической формы 066/у-02;
- поле **«Дата окончания лечения»** заполняется в соответствии с пунктом 22 «Дата выписки (смерти)» статистической формы 066/у-02;
- в поле **«Диагноз основной»** указывается Код МКБ, соответствующий Основному заболеванию из пункта 29 «Диагноз стационара (при выписке)» статистической формы 066/у-02, по поводу которого производится высокотехнологичное лечение, и должен соответствовать диагнозу, указанному в одном из разделов «Сведения об услуге» (в этом же разделе «Сведения об услуге» профиль медицинской помощи должен соответствовать профилю медицинской помощи, указанному в разделе «Сведения о случае»);
- поле **«Код МЭС»** заполняется в соответствии с кодами законченных случаев лечения заболевания при оказании высокотехнологичной медицинской помощи из группы 1.14.\* (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 лечащего врача, и должна соответствовать специальности медработника, указанной в одном из разделов «Сведения об услуге» (в этом же разделе «Сведения об услуге» профиль медицинской помощи и диагноз должны соответствовать профилю медицинской помощи и диагнозу, указанным в разделе «Сведения о случае»);
- в поле **«Код способа оплаты медицинской помощи»** указывается «32» – за законченный случай лечения заболевания при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях;
- в поле **«Количество единиц оплаты медицинской помощи»** указывается «1»;
- поле **«Тариф»** заполняется в соответствии со Справочником тарифов (будет предоставлен дополнительно).

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

Пребывание пациента в стационаре 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 стационаре или информация о проведенном оперативном вмешательстве.

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

- в поле **«Профиль оказанной медицинской помощи»** указывается профиль медицинской помощи, соответствующий профилю применяемого в случае метода высокотехнологичной специализированной медицинской помощи, на основании приказа МЗ РФ №916н от 10.12.2013;
- поля **«Дата начала оказания услуги»** и **«Дата окончания оказания услуги»** заполняются в соответствии с Датой поступления и Датой выписки, перевода (графы 5 и 6 пункта 26 статистической формы 066/у-02). Дата начала оказания услуги должна совпадать с датой начала лечения; дата окончания 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 койко-дней в законченном случае рассчитывается как разность между датой окончания лечения и датой начала лечения, указанными в разделе «Сведения о случае» (если дата начала лечения совпадает с датой окончания лечения, то количество койко-дней в случае должно быть равно 1).

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

- в поле **«Профиль оказанной медицинской помощи»** указывается профиль медицинской помощи, соответствующий профилю отделения, в котором проведена операция (другая медицинская услуга), на основании Номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012г. № 555н;
- в поле **«Диагноз»** указывается диагноз, по поводу которого проведена операция;
- в поле **«Код услуги»** указывается код операции (другой медицинской услуги) А\*\*.\*\*.\*.\*.\*.\* Номенклатуры медицинских услуг, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 27.12.2011г. № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» и Справочника соответствия КСГ Номенклатура,

утвержденного Генеральным тарифным соглашением в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области от 29.03.2013 (графа 6 пункта 27 статистической формы 066/у-02);

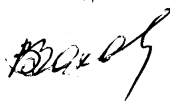
- в поле «**Количество оказанных услуг**» указывается количество проведенных операций (других медицинских услуг);
- в поле «**Тариф**» указывается «0»;
- в поле «**Специальность медработника, выполнившего услугу**» указывается специальность врача, выполнившего операцию (другую медицинскую услугу).

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

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

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

И.о. директора



В.Н. Захаров